



TERRIO

Therapy-Fitness

Historia Médica Del Paciente

Por favor elija todos los que apliquen a usted:

Diabetes	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Dolor de Cabeza	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Fracturas	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Mareos	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	¿En que parte?	_____	
Desmayos	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Artritis	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Epilepsia	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	¿En que parte?	_____	
Ataque	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Dolor en:	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Ataque Cerebral	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Coyuntura/Músculo	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Embarazo	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Cuello	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Fatiga	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Hombro	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Asma / Enfisema	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Codo	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Problema de Corazón	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Muñeca / Mano	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Irregular latidos	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Espalda Superior	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Marcapasos	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Espalda Media	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Alta Presión	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Espalda Baja	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Baja Presión	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Juntura del Sacroilíaco	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Dolor de pecho al descansar?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Cadera	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
-¿Con Ejercicio?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Rodilla	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Cáncer	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Tobillo / Pie	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Donde? _____			Otro: _____		
¿Cuando? _____			Cirugías	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
			Esplique: _____		

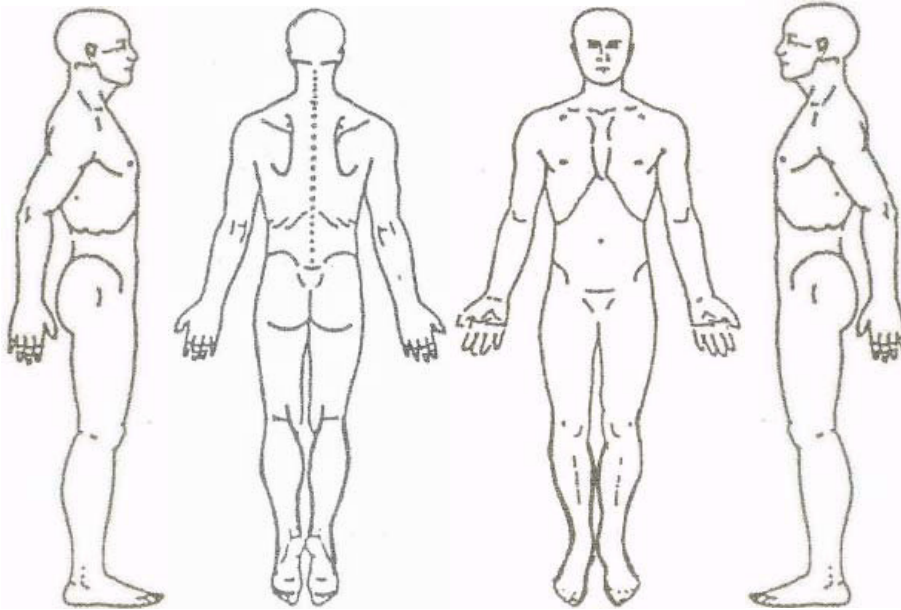
Alergias	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	_____		
Esplique: _____			Problemas del habla, pasar comida, o con el pensamiento	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

Si eligió, por favor esplique: _____

Si hay una condición no indicada por favor inclúyala en la sección: "Otro" y esplique:

Si ha tenido terapia física anteriormente, por favor esplique: _____

Medicamento(s): _____



Por favor marque en el esquema con el símbolo apropiado para describir donde está su dolor.

Símbolos	
↑o ↓	Dolor Radiante
XXX	Va y Viene
ZZZ	Dolor Tierno
///////	Adormecimiento/Hormigueo
0000	Dolor

Por favor circule un numero de 1-10 correspondiente con su dolor (0 = nada de dolor; 10 = dolor intolerable)

En este momento: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Dolor mas fuerte: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Dolor menos fuerte: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Como describiera usted su dolor:

Punzante Picadura Pulsada Dolor Empuje Poco doloroso Arde filoso

Otro: _____

¿Relacionándolo con su problema, tiene problemas o no puede hacer cualquiera de las siguientes actividades por causa de dolor o debilidad? Elija todos los que apliquen:

- | | | | | |
|---|--|-------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Entrando/Saliendo del coche | <input type="checkbox"/> Entrar/salir de cama | <input type="checkbox"/> Afeitarse | <input type="checkbox"/> Escribir | <input type="checkbox"/> Dormir |
| <input type="checkbox"/> Levantar/Sentar de una silla | <input type="checkbox"/> Lavarse los dientes | <input type="checkbox"/> Cocinando | <input type="checkbox"/> Vestirse | <input type="checkbox"/> Comer |
| <input type="checkbox"/> Actividades higiene personal | <input type="checkbox"/> Actividades del trabajo | <input type="checkbox"/> De compras | <input type="checkbox"/> Sentarse | <input type="checkbox"/> Manejar |
| <input type="checkbox"/> Subiendo/bajando escalones | <input type="checkbox"/> Bañarse | <input type="checkbox"/> Pararse | <input type="checkbox"/> Lavar Ropa | <input type="checkbox"/> Aspirar |
| <input type="checkbox"/> Metiéndose/Saliéndose de bañar | <input type="checkbox"/> Caminar | <input type="checkbox"/> Levantar | <input type="checkbox"/> Limpiar | |

Otro: _____

¿Que le da alivio a su dolor? (Elija todos los que apliquen.)

- Medicamentos _____
- Masaje Técnicas Relajantes Descanso Algo caliente Algo frío Dormir Cambiar posición
- Ejercicio _____ Otro: _____

¿Que causa que el dolor empeore? _____

Nombre de Paciente (letra de molde): _____ Fecha: _____

Firma de Paciente: _____