



OPTIMUM CARE THERAPY
PHYSICAL THERAPY, CHIROPRACTIC SERVICES & SPORTS MEDICINE

Informacion para Terapia Fisica

NOMBRE: _____ EDAD: _____ FECHA: _____

RAZON POR TERAPIA: _____

DESCRIBA COMO EMPEZO SU PROBLEMA: _____

¿HA TENIDO TERAPIA PARA ESTE PROBLEMA ANTES? SI NO

SI ES ASÍ, ¿QUÉ TRATAMIENTO A RECIBIDO? _____

FUE EL TRATAMIENTO ÚTIL? SI NO

NOMBRE ALGUN OTRO TRATAMIENTO O EQUIPO QUE HAIGA RECIBIDO PARA ESTE PROBLEMA. _____

ESTÁ TRABAJANDO? _____ SI NO, ES DEBIDO A SU LESION? _____ ¿CUÁLES SON LAS DEMANDAS FÍSICAS DE SU TRABAJO ? _____

¿CUÁLES SON SUS ACTIVIDADES DEL HOGAR? _____

LISTE ALGUNOS PASATIEMPOS QUE NO PUEDE HACER DEBIDO A SU LESION? _____

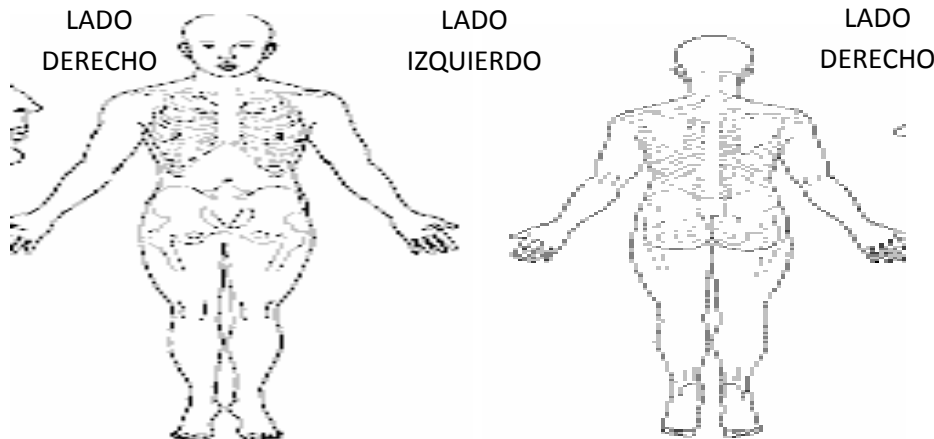
¿HA TENIDO CIRUGÍA PARA ESTA LESIÓN? _____ TIPO DE CIRUGÍA /FECHAS: _____

¿ESTÁ TOMANDO ALGUN MEDICAMENTO RECETADO O PRESCRITO ? SI NO

ANOTE TODOS LOS MEDICAMENTOS QUE ESTÁ TOMANDO ACTUALMENTE: _____

CUESTIONARIO DE DOLOR:

POR FAVOR DE MARCAR EL DIAGRAMA (CON CRUZES O RAYAS) DONDE SIENTE DOLOR .



POR FAVOR DESCRIBA SU DOLOR:

- MAGOYADO AGUDO SORDO Y DOLOROSO PALPITACIONES PULSADAS CONSTANTE INTERMITENTE
 OTRO _____

Clasificación del Dolor:

POR FAVOR CALIFIQUE SU DOLOR MEDIANTE LA ESCALA NUMÉRICA SE ENUMERAN A CONTINUACIÓN

* UNA CALIFICACIÓN DE "0" SIGNIFICA QUE NO TIENE DOLOR EN ABSOLUTO

*UNA CALFICACION "10 SIGNIFICA QUE EL DOLOR ES INSOPORTABLE Y HAY QUE IR A LA SALA DE EMERGENCIAS DE INMEDIATO.

POR FAVOR CALIFIQUE SU DOLOR EN ESCALA DEL 1 A 10 (10 SIENDO EXTREMADAMENTE FUERTE):

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
No Dolor Dolor Leve Mucho Dolor Intenso Dolor - Ir A La Sala De Emergencias



OPTIMUM CARE THERAPY
PHYSICAL THERAPY, CHIROPRACTIC SERVICES & SPORTS MEDICINE

Informacion para Terapia Fisica

HISTORIAL DE CUIDADO MEDICO (POR FAVOR DE CRUZAR) :

- DOCTOR DE CABECERA QUIROPRACTICO TERAPIA OCUPACIONAL TERAPIA FISICA NEUROLOGO
 ORTOPEDICO

EXAMENES MÉDICOS (POR FAVOR DE CRUZAR):

- CT Scan EMG/NCV MRI Rayos-X Mielograma Podologo Cuidado De La Sala De Emergencia

HISTORIA MEDICA (POR FAVOR DE CRUZAR): Ahora tiene o ha tenido alguna vez, cualquiera de los siguientes?

- Asma, Bronquitis o Entisema Falta de Respiracion/Dolor en Pecho Enfermedad coronaria o angina de pecho
 Marcapasos Alta Presion Sanguinea Ataque al Cozaon/Cirugia Coagulo de Sangre/ Embolos Ataques Epilepticos
 Alergias Pasadores o Implantes de Metal Reemplazo de la Articulacion Diabetes Alergias
 Cancer/Quimioterapia/ Radiacion Cigarriillo/ Consumo de Tabaco Sudores Nocturnos Mareos
 Convulsiones Problemas de Circulacion Problemas Psiquiatricos

Sintomas Medicos

Historial Medico Adicional:

Solo Para Mujeres: (Poe Favor de Marcar):

- Enfermedad Inflamatoria Pelvica Endometriosis Menstruacion Irregular Incontinencia(urinaria/fecal)
 Embarazos Complicados

Marque la casilla y Firme Abajo:

CONSENTIMIENTO:

- Entiendo que mi diagnóstico y plan de tratamiento será discutido durante mi cita y que tengo el derecho de cuestionar y / o rechazar cualquier tratamiento ofrecido.

Firma: _____ Fecha: _____