

Marquis Physical Therapy & Spine Rehab, P.C.

Historial Medica

Nombre: _____ Dominante: Derecha Izquierda
 Esta siendo actual mente tratado por algotro problema aparte de lo que lo trai aqui hoy?
 Si _____ No _____ Si contesto Si, Explique: _____

Ocupasion: _____
 Tiempo Completo Medio Tiempo Moderado Desenpleado Retirado
 Estudiante Desabilitado

Marque con una X toda condicion que aplique **a usted:**

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Diabetis | <input type="checkbox"/> Alergias |
| <input type="checkbox"/> Problemas de corazon | <input type="checkbox"/> Alergias a nestesioa local | <input type="checkbox"/> Dolor de Cabesa |
| <input type="checkbox"/> Remplaso de coyuntura | <input type="checkbox"/> Dificultad para dormir | <input type="checkbox"/> Mareos |
| <input type="checkbox"/> Alta presion | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Marca pasos |
| <input type="checkbox"/> Problemas sirculatorios | <input type="checkbox"/> Cambio Resiente en peso | <input type="checkbox"/> Embarasada |
| <input type="checkbox"/> Problema respiratorios | <input type="checkbox"/> Problemas visuales | <input type="checkbox"/> Nauseas |
| <input type="checkbox"/> Dificultades para caminar | <input type="checkbox"/> Problemas audibles | <input type="checkbox"/> Ataques |
| <input type="checkbox"/> Hernias | <input type="checkbox"/> Dificultas horinar | <input type="checkbox"/> Fibromyalgia |

Historial de Cancer? Si contest Si, Explique: _____

Historial de Sirujias? Si contesto si, Donde? _____

Medecina Resetada: _____

Historial del problema resiente:

Quando Comenso el Problema (s)? _____

Que susedio? _____

A tenido este problema antes? SI NO

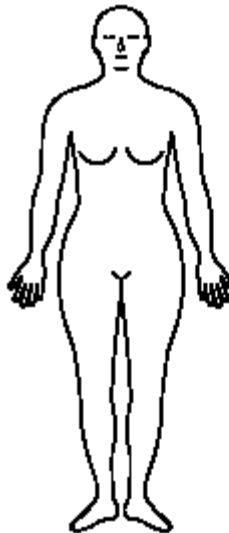
Que ase que empiore el problema? _____

Que ase que mejore el problema? _____

Marque en el diagrama exsactamente dode estan sus sintomas (dolor, ext) :

Por favor califique su dolor en unaescala :

- 0-No dolor
- 1-Muy debil
- 2-Devil
- 3-Moderado
- 4-Algo fuerte
- 5-Fuerte
- 6-
- 7-Muy fuerte
- 8-
- 9-Demaciado fuerte
- 10- Dolor de Emergencia



En este momento: _____

En los ultimos 30 dias: _____

Yo le avisare al Therapista si ahy algun cambio en mi condision fisica que pueda afectar la contestacion a cualquier pregunta de este formulario.

Firma del Pasiente:	Fecha:
Revisado por el Therapista	