

Cuestionario de salud del paciente

Nombre _____ Edad _____ Fecha ____/____/____

Describe su queja o limitación actual: _____

Describe cómo comenzó su problema: _____

Cuánto tiempo hace que su condición comenzó?: _____

Que pruebas o intervenciones a tenido para esta condición?: _____

¿Ha tenido otra terapia física o terapia de habla este año? NO SI -Cuántas sesiones? _____

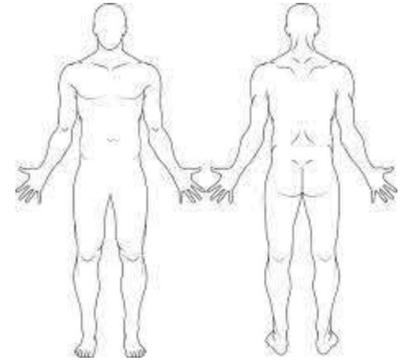
Indique las actividades diarias que no puede realizar: _____

¿Tuvo cirugía para este problema? No SI Fecha ____/____/____ Procedimiento: _____

Describe sus síntomas (marque todas las que correspondan):

Mareos/Desequilibrio: <input type="checkbox"/> Girando/Vertigo <input type="checkbox"/> Mareos <input type="checkbox"/> Desequilibrio <input type="checkbox"/> Sentirse "apagado" <input type="checkbox"/> Intolerancia a movimientos <input type="checkbox"/> Migraña/dolor de cabeza <input type="checkbox"/> Dolor de oído/presión <input type="checkbox"/> Timbre en los oídos <input type="checkbox"/> Cambios de audición <input type="checkbox"/> Lesion en la cabeza	Salud pélvica: <input type="checkbox"/> Incontinencia urinaria <input type="checkbox"/> Urgencia urinaria <input type="checkbox"/> Incontinencia fecal <input type="checkbox"/> Dolor en la region pélvica Frecuencia de síntomas: <input type="checkbox"/> Constante (76 – 100%) <input type="checkbox"/> Frecuenté (51 – 75%) <input type="checkbox"/> Occasional (26 – 50%) <input type="checkbox"/> Intermitente (25% - 0%)	Descripción del dolor: <input type="checkbox"/> Dolor agudo <input type="checkbox"/> Dolor sordo <input type="checkbox"/> Palpitante <input type="checkbox"/> Entumecimiento <input type="checkbox"/> Disparos <input type="checkbox"/> Ardor <input type="checkbox"/> Hormigueo
---	--	--

Marque las ubicaciones del dolor



Nivel de síntomas en el peor de 0 (Sin síntomas) a 10 (síntomas insoportables) _____

Nivel de síntomas en el mejor de 1 (Sin síntomas) a 10 (síntomas insoportables) _____

Actividades o posiciones que aumentan los síntomas: _____

Actividades o posiciones que disminuyen los síntomas: _____

Ocupación _____

PASADO/ PRESENTE

- Presión Alta
- Angina
- Infarto
- Derrame Cerebral
- Asma
- VIH/SIDA
- Cancer – Ubicación: _____ Fecha: _____
- Tumores
- Lupus
- Hepatitis
- Epilepsia
- Diabetes
- Artritis Reumática
- Artritis
- Embarazo
- Incontinencia
- Otro _____
- Uso de tabaco
- Dependencia a drogas o alcohol

Peso _____ Estatura ____ft ____in.

¿Te has caído en el último año. NO SI – Cuántas veces? _____

Medicamentos: (Nombre/Dosis/Frecuencia/Ruta Administrada)

**** Si necesita espacio adicional para medicamentos por favor traiga un documento separado en su próxima visita**

Hospitalización/Procedimientos Quirúrgicos (lista si no se describe en otro lugar):

Tiene Marcapasos: NO SI

Account # _____

Fecha: ____ / ____ / ____ Médico: _____ No. de cuenta del Paciente: _____

 Nombre del Paciente: _____ M F

No. de seguro social: _____ Fecha de nacimiento del paciente: ____ / ____ / ____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Tel Casa: (____) _____ Tel Trabajo: (____) _____ Tel Celular: (____) _____

 Estado Civil: Casado/a Soltero/a Divorciado/a Viudo/a

Idioma: _____

 Etnicidad: Negro Blanco Indio Americano/Alaska Nativo Hispano Asiático

Correo electrónico: _____ Empleador _____

 Relación al garante Yo Hijo/a Conyuge Guardian Otro

Nombre del garante: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Código Postal: _____

Empleador del garante: _____ No. de tel: _____

Médico que le refirio: _____ Médico de familia: _____

 Cómo se enteró de nosotros? Dr. de Familia Televisión Cine Cartelera
 Yellowpages Periodico Sitio Web Otro _____

Nombre en la Póliza: _____

No. de seguro social: _____ Fecha de nacimiento: _____

No. de Teléfono: _____ Relación al Paciente: _____

Empleador: _____

SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD / FAVOR LLENE INFORMACIÓN DE AMBOS PADRES

Nombre del Padre:	Nombre de la madre:
Fecha de nacimiento:	Fecha de nacimiento:
Domicilio:	Domicilio:
Teléfono:	Teléfono:
Celular:	Celular:
No. de seguro social:	No. de seguro social:
Lugar de empleo:	Lugar de empleo: