

FOTO

DX:

TX:



**Formato Paciente
Nuevo**

Nombre: _____ **Fecha:** ____ / ____ / ____
Primer Nombre Primer Apellido Segundo Apellido DD MM AAAA

Domicilio: _____
Calle / Numero Ciudad Estado CP

Telefono Casa: _____ **Cell:** _____ **Fecha Nac.** ____ / ____ / ____ **Edad** ____
DD MM AAAA

Email: _____ **Genero:** M F

Doctor de Cabecera: _____ **Tiene usted WhatsApp ?** Yes No

DÍGANOS CÓMO SE ENTERÓ DE NUESTRO SERVICIO O A QUIÉN PODEMOS AGRADECER

He sido Paciente Los Encontré por Internet Familia/ Amigo Recomendación Doctor

Donde: _____ Quien: _____ Quien: _____

Historia de su condición Actual:

1. Fecha de la lesión o inicio del dolor: _____
2. Enumere los tratamientos anteriores para esta afección: _____
3. Enumere los episodios anteriores de dolor similar: _____
4. Ubicación del dolor en el momento del inicio: _____
5. Ubicación del dolor hoy: _____
6. Molestia principal: _____
7. Que le mejora los síntomas: _____
8. Que le empeora los síntomas: _____
9. El dolor le molesta durante la noche?: _____
10. Se siente descansado al despertar? Sí No
11. Escala de Dolor (0 = No Dolor; 10 = Mucho dolor) En este momento: ____ Máximo : ____ Menor: ____
12. Comportamiento del dolor durante el día (0 = No dolor, 10 = Mucho dolor) AM: __ Tarde: __ PM: ____



Historial Médico:

1. *Problemas de salud actuales y anteriores:*

- Corazón Pulmones Diabetes Estomago Neurológico Cáncer
 Musculoesquelético
 Osteoporosis Incontinencia Fracturas Prótesis Cirugías

Explique los cuadros marcados: _____

2. *Equilibrio:* Afectado Normal

3. *Caídas en los últimos 6 meses* Si No *Cuantas veces:* __ *Cuando fue la última:* _____

4. *Como considera su estado de salud actual?:* Excelente Bueno Justo Pobre

5. Su Presión arterial está bajo control? Si No Si su respuesta fue "Si", como está controlada?

6. Tiene marcapasos: Si No Si su respuesta es "Si", cuando se le coloco? _____

7. Toma Anticuagulantes Si No

8. Fuma: Si No Paquetes/dia _____

9. Alcohol: Si No Cantidad Aprox: _____

10. Café : Si No No.Tazas: _____

11. Cantidad de ingesta de Agua al dia: Lts / Oz: _____

Notas del Fisioterapeuta:

Firma del Paciente / Representante del Paciente: _____ Fecha _____/_____/_____

DD MM AAA