

**FORMULARIO DE ANTECEDENTES MÉDICOS DEL PACIENTE**

Nombre: \_\_\_\_\_ Médico tratante: \_\_\_\_\_  
 Médico de atención primaria: \_\_\_\_\_ Fecha de la 1.<sup>a</sup> visita al médico por esta lesión: \_\_\_\_\_  
 Último día que trabajó debido a esta lesión (si corresponde): \_\_\_\_\_  
 Día que regresó a trabajar después de la lesión (si corresponde): \_\_\_\_\_  
 ¿Ha contratado a un abogado como resultado de su lesión?    **SÍ**    **NO**  
 Quién lo refirió:    Cirujano    Rehab.    Médico    Otro: \_\_\_\_\_  
 ¿Lo operaron por esta lesión?    **SÍ**    **NO**                      Número de operaciones: \_\_\_\_\_  
 Tipos de operaciones: \_\_\_\_\_

**¿Está tomando algún medicamento (bajo receta o de venta libre) en la actualidad?**

Antiinflamatorios	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	Si responde <b>SÍ</b> , cuáles: _____
Relajantes musculares	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	Si responde <b>SÍ</b> , cuáles: _____
Medicamentos para el dolor	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	Si responde <b>SÍ</b> , cuáles: _____
Otros	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	Si responde <b>SÍ</b> , cuáles: _____

**¿Ha recibido alguno de los siguientes servicios diagnósticos, médicos o de rehabilitación por esta lesión/episodio?**

	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>		<b>SÍ</b>	<b>NO</b>
Quiropráctico	_____	_____	Médico general	_____	_____
EMG/NCV	_____	_____	Tomografía (“TC”)	_____	_____
Terapia de masaje	_____	_____	Resonancia (“MRI”)	_____	_____
Mielografía	_____	_____	Neurólogo	_____	_____
Terapia ocupacional	_____	_____	Ortopedia	_____	_____
Fisioterapia	_____	_____	Podólogo	_____	_____
Sala de emergencias	_____	_____	Radiografías	_____	_____

**¿Tiene o ha tenido alguna vez las siguientes afecciones?**

	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>		<b>SÍ</b>	<b>NO</b>
Asma, bronquitis o enfisema	_____	_____	Presión arterial alta	_____	_____
Anemia	_____	_____	Falta de aliento/dolor de pecho	_____	_____
Ataque cardíaco o cirugía del corazón	_____	_____	Diabetes	_____	_____
Enfermedad coronaria o angina de pecho	_____	_____	Problemas tiroideos/bocio	_____	_____
Gota	_____	_____	Cáncer/quimioterapia/radiación	_____	_____
Mareos o desmayo	_____	_____	Debilidad	_____	_____
Problemas emocionales/psicológicos	_____	_____	Enfermedades infecciosas	_____	_____
Hernia	_____	_____	Problemas del intestino o la vejiga	_____	_____
Entumecimiento u hormigueo	_____	_____	Alergias	_____	_____
Dolores de cabeza fuertes o frecuentes	_____	_____	Lesión de codo/mano	_____	_____
Osteoporosis	_____	_____	Dificultades para ver u oír	_____	_____

	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>		<b>SÍ</b>	<b>NO</b>
Lesión/cirugía de cuello	_____	_____	Accidente cerebrovascular/AIT	_____	_____
Problemas/dificultades para dormir	_____	_____	Lesión/cirugía de espalda	_____	_____
Coágulo sanguíneo	_____	_____	Lesión/cirugía de pierna/tobillo/pie	_____	_____
Lesión/cirugía de rodilla	_____	_____	Epilepsia/convulsiones	_____	_____
¿Tiene un marcapasos?	_____	_____	Artritis/articulaciones hinchadas	_____	_____
Várices	_____	_____	¿Clavos o implantes de metal?	_____	_____
¿Está embarazada?	_____	_____	Reemplazo de articulación	_____	_____
Pérdida de peso/energía	_____	_____	¿Fuma?	_____	_____

**Sírvase indicar cualquier otra información adicional que nos ayudaría para brindarle tratamiento**

\_\_\_\_\_

**¿Sabe cuál es su diagnóstico (la razón por la que recibe tratamiento en nuestra clínica)?**      **Sí**      **No**

**¿Cuáles son sus expectativas/objetivos?**

\_\_\_\_\_

**Con mi firma abajo certifico que, según mi leal saber y entender, la información que he proporcionado aquí está completa, es exacta y verdadera.**

**Firma del paciente/tutor legal:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Nombre del paciente/tutor legal:** \_\_\_\_\_

**Firma del terapeuta:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_