

## Historial Médico del Paciente

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha en que inició la condición \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

Estado de Empleo: Tiempo Completo / Medio Tiempo / Fuera de Servicio      ¿Se lesionó en el trabajo?    Sí / No

Califique su Nivel de Dolor (0 = Sin Dolor, 10 = El Peor Dolor que pueda Imaginar)

Síntomas en mi peor momento: \_\_\_\_\_ Síntomas en mi mejor momento: \_\_\_\_\_ Síntomas de Hoy: \_\_\_\_\_

¿En qué porcentaje su dolor limita la actividad física? \_\_\_\_\_%

**Medicamentos que toma Actualmente** (por favor, incluya TODOS los medicamentos recetados de los que tenga conocimiento, de venta libre, naturista o suplementos vitamínicos/minerales/dietéticos/nutricionales) **\_\_Lista Adjunta**

**\_\_Actualmente no toma ningún medicamento recetado o de venta libre, naturista o suplementos vitamínicos/minerales/dietéticos (nutricionales)**

Medicamento / Dosis / Frecuencia / Método

Medicamento / Dosis / Frecuencia / Método

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

### Antecedentes Quirúrgicos

Tipo de Cirugía

Fecha

Tipo de Cirugía

Fecha

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

¿Ha tenido alguno de los siguientes servicios de diagnóstico, médicos o de rehabilitación para esta lesión/episodio?

\_\_\_Quiropráctico

\_\_\_Médico

\_\_\_EMG/NCV

\_\_\_Terapia de Masajes

\_\_\_TC

\_\_\_RNM

\_\_\_Mielograma

\_\_\_Neurólogo

\_\_\_Terapia Ocupacional

\_\_\_Ortopedista

\_\_\_Terapia Física

\_\_\_Podólogo

\_\_\_Urgencia

\_\_\_Rayos X

**Historial Médico: Por favor, marque cualquier condición que padezca actualmente, o que haya tenido en el pasado.**

\_\_\_Asma

\_\_\_Cáncer

\_\_\_Diabetes

\_\_\_Cóagulos

\_\_\_Anemia

\_\_\_Depresión

\_\_\_Ansiedad

\_\_\_Gota

\_\_\_Convulsiones

\_\_\_Derrame

\_\_\_Contusión

\_\_\_Hernia

\_\_\_Fibromialgia

\_\_\_Marcapasos

\_\_\_Problema Cardíaco

\_\_\_Enfermedades Infecciosas

\_\_\_Problemas de Sueño

\_\_\_Varices

\_\_\_Osteoporosis

\_\_\_Problema Visual

\_\_\_ Migrañas/Dolores de  
Cabeza

\_\_\_Clavos o Implantes  
Metálicos

\_\_\_Trastorno Neurológico

\_\_\_Presión Arterial Alta

\_\_\_Artritis Reumatoide

\_\_\_Problemas de Tiroides/Bocio

Alergias \_\_\_\_\_

## Historial Médico del Paciente

¿Ha experimentado alguno de los siguientes síntomas recientemente? (marque todas las opciones que correspondan)

- Dolor en el pecho  Dolor al comer  Náusea/Vómito  Mareos  Cambios en la Vista  
 Problemas de Memoria  Debilidad Inusual  Mal Equilibrio/Caídas  Fiebre/Escalofríos/Sudor  
 Dificultad para Hablar  Hormigueo/Entumecimiento  Cambios de Apetito  Dificultad para Tragar  
 Falta de Aliento  Confusión/Dificultad para Concentrarse  Dolor inusual durante la Menstruación  
 Pérdida/Aumento de Peso sin motivo aparente  Aumento del Dolor durante la Noche/Descanso  
 Cambio en hábitos Intestinales/Control  Cambio en hábitos de la Vejiga/Control  
Otro(s) \_\_\_\_\_

### Información Adicional

- |                         |    |    |  |
|-------------------------|----|----|--|
| Fumador                 | Sí | No | Si la respuesta es "sí", indicar paquetes al día |
| Consumo de Alcohol      | Sí | No | Si la respuesta es "sí", indicar bebidas al día  |
| Posiblemente Embarazada | Sí | No |  |

Por medio de mi firma que se encuentra a continuación, certifico que la información que proporcioné es completa, precisa y verdadera a mi leal saber y entender.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente/Tutor

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Fecha