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)
____**List Attached**

___**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 Cardiaco ___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 _____

PATIENT MEDICAL HISTORY

¿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) _____

Additional Information

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**