

Nombre del Paciente Fecha

Para poder evaluar completamente su condición, favor de proporcionar la siguiente información lo mas correcto que pueda. Gracias.

ENFERMEDAD ACTUAL O DAÑO FÍSICO:

¿La condición o síntomas por los cuales lo vemos hoy?

¿Cuándo empezó este problema? (Favor de dar la fecha y explicación)

¿Que tratamiento ya ha recibido?

¿Donde ha recibido tratamiento de terapia física para este daño físico?

¿Ha sucedido este problema en el pasado?

HISTORIA MEDICA PASADO (favor de indicar si usted ha tenido cualquiera de las siguientes condiciones):

Enfermedad del Corazón

- Falla de corazón congestivo
- Presión Alta
- Ataque al Corazón (Infarto Cardíaco)
- Enfermedad de Ateroesclerosis
- Angioplastico
- Enfermedad Valvular
- STEN
- Arritmia
- Injerto de Arteria Coronaria
- Angina
- Marcapasos

Enfermedad de los Pulmones

- Enfermedad Crónica de Obstrucción Pulmonaria
- Enfisema
- Asma
- Pulmonía reciente

Enfermedad Vascular

- Enfermedad Periférica de Arterias
- Síndrome Respiratorio de Aflicción Contagioso
- Diabetes
- Medicina para la Presión Alta
- Ataque al Corazón
- Bronquitis Crónica
- Hipertensión

Condiciones Médicas Generales

- Artritis
- Alergias

- Alcoholismo/Abuso de Drogas
- Enfermedad de la Sangre
- Anormalidades genitales
- Enfermedad neurótica (tales como MS o Parkinson's)
- Epilepsia o Convulsiones
- Enfermedades Genitales/Ginecólogas
- Dolores de Cabeza
- Enfermedades Gastrointestinales (ulcera, hernia, reflejo, intestino, hígado, vesícula)
- Impedimento de la Vista (tales como cataratas, glaucoma, degeneración macular)
- Dolor de Espalda (dolor del cuello, dolor de parte baja de la espalda, enfermedades degenerativas del disco, estenosis de la espina dorsal)
- Hepatitis/AIDS (sida)/ Enfermedad Venérea
- Cirugía/s anteriores
- Osteoporosis
- Ansiedad o Desorden de Pánico
- Depresión
- Previos accidentes
- Problemas del Riñón, Vejiga, Próstata, u Orina
- Incontinencia
- Enfermedad de la Tiroides
- Impedimento de Oír, dificultad de oír aun con ayuda del aparato para oír
- Dificultad para Dormir
- Prótesis/ Implantes
- Cancer
- Esta embarazada?

Otros problemas médicos que no están anotados (explique)

CIRUGÍAS (anote toda clase de cirugías y las fechas)

OTROS SERIOS/PELIGROSOS DANOS FÍSICOS (anote todos danos fisicos y aproximadamente las fechas)

MEDICINAS (anote todas las medicinas actuales)

HISTORIAL DE FAMILIA (Favor de indicar si cualquier miembro de su familia inmediata ha tenido cualquiera de los siguientes:

	Si	No		Si	No
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tendencia a Sangrar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad del Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infarto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Firma del Padre de Familia

Fecha