

Professionally Staffed by New York Physical  
& Occupational Therapy, PLLC

**Cuestionario de Salud del Paciente**

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_  
**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

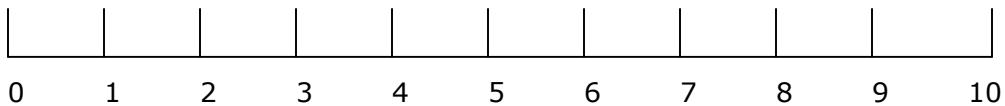
Por favor Conteste las siguientes preguntas lo mas posible. Las respuestas en este formulario ayudará a su terapeuta físico comprender mejor sus preocupaciones médicas y las condiciones.

Por Favor complete la escala de dolor y los síntomas en el dibujo:

**¿Que Tan Mal Es El Dolor Ahora?**

Por favor coloque una "X" en la línea:

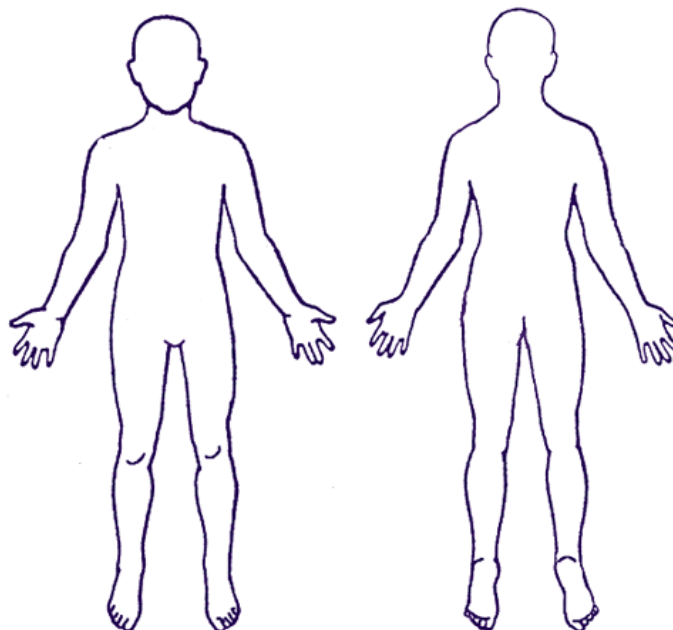
0 = No Dolor, 10 = El Peor Dolor Posible



**¿Dónde Está Su Dolor Ahora?**

Marque las areas en el cuerpo del dibujo donde sientas las sensaciones descritas. Utilice los símbolos apropiadi. Marque las zonas de dolor referido. Incluya Todas las zonas afectadas.

**Dolor: ^^^^ Entumecimiento: oooo Ardor: xxxx Apuñalamiento: ////**  
**Sensación de Agujas: =====**



Nombre: \_\_\_\_\_

Referido Por: \_\_\_\_\_  Médico  Amigo/Familia  Compañía De Seguros

Ha tenido terapia física para esta condición? SÍ / NO Si es sí, Cuando? \_\_\_\_\_

Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Derecha /Izquierda / Ambidiestro Mano Dominante

Profesión/ Profesión Anterior: \_\_\_\_\_ Actualmente Trabajo: SÍ / NO

Estado Civil: \_\_\_\_\_ # de Hijos: \_\_\_\_\_

### **¿Participas en Cualquiera de lo Siguiente?**

	<b><u>SÍ</u></b>	<b><u>NO</u></b>		
Ejercicio/Deportes:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tipo/Frecuencia:	_____
Fumar:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Uso Estimado:	_____
Alcohol:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Uso Estimado:	_____
Café/Cafeína:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Uso Estimado:	_____

### **Historial Médico:**

Si usted marca actual o pasado, **comentario, por favor.**

<b>Problemas medicos:</b>	<b><u>Actual</u></b>	<b><u>Pasado</u></b>	<b><u>None</u></b>	<b><u>Comentarios</u></b>
<b>Cardiovascular:</b> (Problema De Corazon, Presión Alta, Marcapasos, Cirugía Cardiaca, Otro)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____ _____ _____
<b>Pulmonar:</b> (Asma, Enfermedad Pulmonar, Trastorno de la Respiración)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____ _____ _____
<b>Gastrointestinal:</b> (Estómago, Intestinal, Enfermedad Celiaca, Alergias de Alimentos)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____ _____ _____
<b>Dermetológicos:</b> (Irritación de La Piel, Soriasis, Otros)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____ _____
<b>Genitourinario:</b> (Enfermedad Renal, Problemas Urinarios, Otros)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____ _____
<b>Oído, Nariz, y Garganta:</b> (Amígdalas, Senos, Hinchazón, Abultamientos)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____ _____
<b>Hematológicos:</b> (Anemia, Trastornos Hemorrágicos, Otros)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____ _____
<b>Desor. Inmunológicos/Enfermedades Infecciosas:</b> (Tuberculosis, Hepatitis, VIH, Otros)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____ _____

Nombre: \_\_\_\_\_

	<u>Actual</u>	<u>Pasado</u>	<u>None</u>	<u>Comentarios</u>
<b>Endocrino/Metabólicas:</b> (Diabetes, Tiroides, Otros)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____ _____
<b>Trastornos Musculoesqueléticos:</b> (Bursitis, Osteoporosis, Osteopenia, Tendinitis, Artritis, Escoliosis, Otros)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____ _____ _____
<b>Condición Neoplásicas:</b> (Cáncer, Tumores, Otros)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____ _____
<b>Neuropsiquiátricos:</b> (Depresión, Convulsions, Transtorno De Ansiedad, Otros)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____ _____
<b>Otros:</b> (Cuestiones De Mujeres, Fiebre, Escalofríos, Sudores Nocturnos, Intolerancia De Calor/Frío)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____ _____

**Liste por favor cualquier cirugía que se han llevado a cabo dentro de las fechas:**

---



---



---

**Liste por favor todo los medicamentos que está tomando en este momento:**

---



---

**Liste por favor cualquier alergia que pueda tener:**

---



---

**Los Miembros de la Familis Más Cerca Que Tiene:**

Diabetes _____	Cáncer de Colon _____
Presión Alta _____	Cáncer de Próstata _____
Infarto/Derrame Cerebral _____	Desorden de Tiroides _____
Colesterol Alto _____	Alcoholismo _____
Cáncer de Ceno/Ovario _____	Depresión/Suicidio _____
Demencia/Alzheimer's _____	Otro _____

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ #Teléfono \_\_\_\_\_