HISTORIA CLINICA

NOMBRE DEL PACIENTE_____ Fecha:_____

Fecha de la lesion(inicio):_____ Fecha de la cirugia:_____

Como se produjo su lesion? _____

Es usted dominante con su mano derecha o izquierda? _____Esta trabajando actualmente? _____

Razon por la cual requiere terapia (marque todas las opciones que correspondan)

Movimiento Debilidad Dolor: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nada de dolor Mucho dolor

Que actividades especificas son mas dificiles debido a su problema?

1._____

2. _____

Describa su salud: (marque una opcion) Excellente Buena Regular Precaria

Utiliza/Consume Tabaco? (marque una opcion) Si o No Cuanto? _____

Medicamentos Actuales: _____

Alergia: _____

Es Alergico al Latex? Si o No

Tuvo alguna lesion anterior en esta extremidad? _____

Alguna vez tuvo alguna de las siguientes condiciones? (marque todas las opciones que corresponden)

Anemia Depresion Hepatitis/VIH Actualmente embarazada Accidente Cerebrovascular

Asma Convulsiones Problemas Renales Mareos/ Desmayos Tuberculosis Cancer

Fracturas Abuso de Sustancias Presion Arterial Baja Epilepsia Dolores de Cabeza Diabetes

Implanted de Metal Alta presion Arterial (Controlada? Si o No) Marcapasos Osteoporosis Artrosis Insomnio

Problemas Cardiacos Artritis Reumatoide Problemas de Tiroides Esclerosis Multiples Problemas Respiratorios

Algun otro problema medico? _____

La informacion anterior es exacta segun mi conocimiento: _____

NATURALEZA DEL TRATAMIENTO:

La naturaleza de su tratamiento , los riesgos , las posibles alternatives de intervencion y los objetivos del tratamiento Se han discutido con usted. Ademas, su historia clinica ha sido examinada por el terapeuta para contribuir a su evaluacion y analisis.

Firma del Paciente: _____ Fecha:_____ Iniciales de los Terapeutas: _____