

LA HISTORIA CLINICA DE EL PACIENTE

QUEJA PRINCIPAL- Que es la principal razón para su visita hoy? _____

Ha recibido servicios de la rehabilitación en esta oficina: _____ Si _____ No?

A recibido servicios de fisioterapia, terapia ocupacional, terapia de discurso, terapia de masajes o terapia acuática la terapia en otra parte este año de calendario? _____ Si _____ no?

¿Si si donde? _____

Come le hizo se entera de nosotros? Periódico _____ Doctor _____ Amigo/ Familia _____
Radio _____ Televisión _____ Cartelera _____?

Historia de presenta enfermedad/herida

Donde esta el problema: _____

Hace algo que hace el problema mejor/ peor? _____ Si _____ No?

¿Si si, Explica: _____

Cuando le hizo primero lo advierte? _____

Cuanto tiempo lo hace ultimo? _____

Lo hace interviene con su función normal ¿ _____ Si _____ No?

¿Si si explica? _____

En una escala de 1-10 (10 ser el mas severo) lo que le hace valora severidad de su dolor? _____

La Historia clínica pasada: Que medicinas son usted alérgico a? _____

Lista su medicina actual, las dosis, y la frecuencia: _____

La lista de serugias pasadas? _____

Lista algún problema medico grave (la hipertensión, la diabetes, la enfermedad cardiaca, los golpes, etc.):

Tiene un Pacemaker: _____ Si _____ No? , Tiene injerto Metálico: _____ Si _____ No? ¿Si si donde? _____.

Es usted (o es usted tratando de llegar a ser embarazada? _____ Si _____ No?

Hágale tiene una historia de:

Cáncer __ Si __ No **Insuficiencia renal** __ Si __ No **Cálculos Renales:** __ Si __ No,

Enfermedad cardiaca: __ Si __ No **Diabetes:** __ Si __ No **Claustrofobia** __ Si __ No

Hepatitis B: __ Si __ No **HIV:** __ Si __ No **Tuberculosis:** __ Si __ No **Depresión:** __ Si __ No