



Therapy

Physical • Occupational • Speech

Historial Médica

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Fecha de Herida: _____ Cómo ocurrió la herida? _____

Ha recibido terapia para esta lesión? (Favor de marcar con un círculo la respuesta adecuada) **sí / no**

Historia Médica

Ha tenido algunos de los siguientes síntomas? (Favor de marcar con un círculo la respuesta adecuada)

Problemas con la presión	sí / no	Mareos	sí / no
Problemas del corazón	sí / no	Problemas de la visión	sí / no
Diabetes	sí / no	Cancer y En Dónde?	sí / no
Dolor de cabeza	sí / no	Problemas gastrointestinales?	sí / no
Implantes metálicos ¿Dónde?	sí / no	Marcapasos	sí / no
Embarazo y hace cuando?	sí / no	Aumento de peso inexplicable (≥ 10 lbs)	sí / no

Por favor liste cualquier enfermedad o condición no mencionada arriba: _____

Liste cirugías y sus fechas : _____

¿Esta tomando medicamentos? (Favor de marcar con un círculo la respuesta adecuada) **sí / no**

Si la respuesta es sí ¿Qué medicamentos son? _____

Actividades Diarias

Tiene dolor o problemas al hacer las siguientes actividades? (Favor de marcar con un círculo la respuesta adecuada)

Caminar ¿Por cuánto tiempo?	sí / no	Extenderse hacia arriba	sí / no
Estar de pie ¿Por cuánto tiempo?	sí / no	Extenderse hacia atrás	sí / no
Correr ¿Por cuánto tiempo?	sí / no	Levantar objetos	sí / no
Estar sentado ¿Por cuánto tiempo?	sí / no	Vestirse	sí / no
Inclinarse hacia adelante	sí / no	Enjuagarse el cabello	sí / no
Inclinarse hacia atrás	sí / no	Girar la cabeza	sí / no
Dormir	sí / no	Sujetar objetos con las manos	sí / no