



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 |