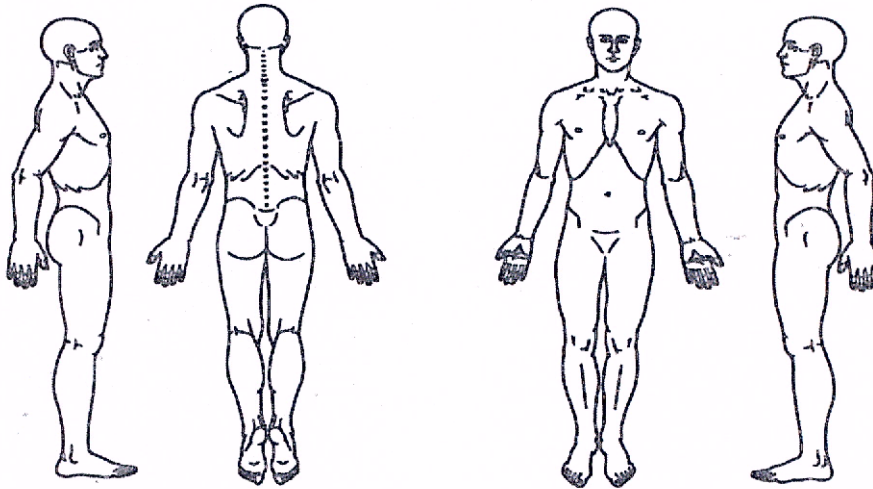


Formulario de Admisión de Terapia Física

¿Dónde está el dolor?

Por favor marque en los dibujos a continuación las zonas donde siente dolor



Estatura: _____ Peso: _____

¿Cuándo comenzó su lesión actual o problema? _____

¿Qué actividades son que no se pudo realizar debido a su lesión actual o problema? _____

Haga una lista de cirugías anteriores y las fechas aprox.: _____

Enumere los medicamentos que está tomando actualmente: _____

Haga una lista de alergias aquí: _____

Por favor, marque la respuesta apropiada para su historia clínica:

Dolor en el pecho	<i>Sí</i>	<i>No</i>	Diabetes	<i>Sí</i>	<i>No</i>
Dificultad para respirar	<i>Sí</i>	<i>No</i>	Sudores nocturnos	<i>Sí</i>	<i>No</i>
Dolor que despierta en la noche	<i>Sí</i>	<i>No</i>	Osteoporosis	<i>Sí</i>	<i>No</i>
Presencia de no curación de la herida	<i>Sí</i>	<i>No</i>	Actualmente embarazada	<i>Sí</i>	<i>No</i>
Cambio obvio en la verruga o mole	<i>Sí</i>	<i>No</i>	Fiebre actual	<i>Sí</i>	<i>No</i>
Engrosamiento o bulto en la mama	<i>Sí</i>	<i>No</i>	Cualquier problema de corazón	<i>Sí</i>	<i>No</i>
Sensación de dolor o entumecimiento en la ingle	<i>Sí</i>	<i>No</i>	Epilepsia	<i>Sí</i>	<i>No</i>
Cambio de control de la vejiga o intestino	<i>Sí</i>	<i>No</i>	Marcapasos	<i>Sí</i>	<i>No</i>
Pérdida de peso significativa reciente	<i>Sí</i>	<i>No</i>	Implantes metálicos	<i>Sí</i>	<i>No</i>
Fumador	<i>Sí</i>	<i>No</i>	Dispositivos implantados	<i>Sí</i>	<i>No</i>
Marcos o luz dirigida	<i>Sí</i>	<i>No</i>	Artritis reumatoide	<i>Sí</i>	<i>No</i>
Dolor abdominal	<i>Sí</i>	<i>No</i>	Historia de cáncer	<i>Sí</i>	<i>No</i>

Haga una lista de otros antecedentes que no mencionados: _____