

Patient Name:
MRN:

Departamento de Medicina Física y Rehabilitación

Formulario de Evaluación Médica

Por favor llene lo mejor que pueda el formulario siguiente para ayudar a su terapeuta en la realización de una evaluación completa y eficiente. Si no sabe la respuesta a una pregunta, por favor déjela en blanco.

NOMBRE: _____ **EDAD:** _____
OCUPACIÓN: _____

CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA (incluya el número de teléfono): _____

MÉDICO PRINCIPAL (incluya el número de teléfono): _____

¿Ha visitado o estado bajo los cuidados de uno de los siguientes en el último año?

<input type="checkbox"/> Médico (MD)	<input type="checkbox"/> Ortopedista	<input type="checkbox"/> Psiquiatra/Psicólogo
<input type="checkbox"/> Neurólogo	<input type="checkbox"/> Cardiólogo	<input type="checkbox"/> Quiropráctico
<input type="checkbox"/> Médico de la vista	<input type="checkbox"/> Urólogo/Ginecólogo	<input type="checkbox"/> Médico del Oído, Nariz y Garganta (ENT, por sus siglas en inglés)

Otro: _____

Haga una lista de los medicamentos recetados/sin receta médica que toma actualmente (incluya vitaminas y suplementos herbales):

Haga una lista de sus afecciones médicas diagnosticadas actuales:

Haga una lista de las afecciones/cirugías por las cuales ha estado hospitalizado y la fecha aproximada:

Haga una lista de todas las alergias conocidas:

¿Se ha sentido desanimado, deprimido o sin esperanzas durante el último mes? SÍ NO

¿Ha fumado alguna vez cigarrillos? Si la respuesta es sí, ¿cuánto/con qué frecuencia? _____

¿Consumo alcohol? Si la respuesta es sí, ¿cuánto/con qué frecuencia? _____

PARA LAS MUJERES: ¿Está usted actualmente embarazada o piensa que podría estarlo? SÍ NO

¿Cómo siente su visión (por favor indique un número):

MALA 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 EXCELENTE

¿Alguna vez **usted** ha sido diagnosticado o experimentado alguno de los siguientes?

SÍ	NO	Osteoporosis	SÍ	NO	Glaucoma/Degeneración macular
SÍ	NO	Presión arterial alta	SÍ	NO	Epilepsia/convulsiones

Therapist Name & License #:

Signature

Patient Name:
MRN:

SÍ	NO	Derrame cerebral/TIA (Accidente Isquémico Transitorio, AIT)	SÍ	NO	Cáncer
SÍ	NO	Enfermedad cardíaca/problemas cardíacos	SÍ	NO	Diabetes
SÍ	NO	Enfermedad mental	SÍ	NO	Artritis
SÍ	NO	Trauma cerebral/Pérdida del sentido	SÍ	NO	Infecciones al oído
SÍ	NO	Dependencia de fármacos	SÍ	NO	Enfermedad neurológica
SÍ	NO	Neuropatía periférica	SÍ	NO	Cataratas
SÍ	NO	Asma	SÍ	NO	Enfermedad vascular periférica
SÍ	NO	Disfunción vestibular	SÍ	NO	Enfisema
SÍ	NO	Osteoartritis	SÍ	NO	Artritis reumatoide
SÍ	NO	Linfedema	SÍ	NO	Incontinencia urinaria
SÍ	NO	Problemas en el cuello/cervicales	SÍ	NO	Antibióticos
SÍ	NO	Problemas de audición	SÍ	NO	Tinnitus/Zumbido en el oído
SÍ	NO	Dolores de cabeza/Migrañas	SÍ	NO	Hipertensión ortostática
SÍ	NO	Depresión/Ansiedad/Ataques de pánico	SÍ	NO	Hepatitis
SÍ	NO	Enfermedad renal/de los riñones	SÍ	NO	Tuberculosis
SÍ	NO	Huesos rotos	SÍ	NO	Marcapaso
SÍ	NO	Trombosis venosa profunda	SÍ	NO	Embolismo pulmonar

Ha experimentado recientemente lo siguiente:

SÍ	NO	pérdida/aumento de peso	SÍ	NO	náuseas
SÍ	NO	mareos/aturdimiento	SÍ	NO	debilidad repentina
SÍ	NO	fatiga	SÍ	NO	falta de aliento
SÍ	NO	fiebre/escalofríos/sudoración	SÍ	NO	dolor que lo despierte en la noche
SÍ	NO	calambre en la pierna	SÍ	NO	entumecimiento/hormigueo

Número de veces que se ha caído el año pasado: _____ Fecha de la última caída: _____

Evalúe su miedo de caerse (por favor indique un número):

BAJO 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ALTO

¿Utiliza usted un dispositivo de ayuda (andador, bastón, muletas)? SÍ NO

Si la respuesta es sí, por favor indique el tipo: _____

¿Vive usted solo? SÍ NO

Ha sido alguna vez herido por un miembro de su familia o pareja? _____

¿Se siente usted amenazado en su relación actual? _____

¿Ha sido dejado solo por demasiado tiempo de tal forma que sus necesidades básicas no son satisfechas? _____

¿Alguien ha tomado algo que le pertenezca sin su autorización? _____

¿Cuántas veces por semana participa en actividades sociales con familiares/amigos? _____

Por lo general su estilo de vida es:

ACTIVO 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 INACTIVO

Por favor elija su método preferido de aprendizaje:

___ Demostración ("observación") ___ Práctica ("hacer")

___ Escrito/Figuras ("lectura") ___ Discusión ("escuchar")

Firma del Paciente

Fecha

Therapist Name & License #:
Signature