

Nombre de paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha de la herida/comienzo: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Fecha de la próxima visita del médico: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Por favor, conteste las siguientes preguntas acerca de síntomas:**

Describa el problema(s) para buscar la terapia.

¿Cómo comenzaron sus síntomas? Gradualmente  De repente  Por favor, explique;

¿Alguna vez ha tenido estos síntomas antes? No  Sí  (en caso afirmativo, explique)

¿Alguna vez ha tenido tratamiento para sus síntomas? No  Sí  (en caso afirmativo, explique)

¿Ha tenido cirugía relacionada con estos síntomas? No  Sí  (en caso afirmativo, explique)

Los síntomas son una causa de un accidente o lesión en el trabajo? No estoy seguro  No  Sí

¿Si es una lesión relacionada con el trabajando a tiempo completo o tiene restricciones? (por favor, elija uno de los abajo) Tiempo completo  Restricciones  No estoy trabajando

¿Si es una lesión relacionad con el trabajo, tiene problemas haciendo su trabajo? (explicar por favor)

Si tiene restricciones, por favor apunte las:

Si no está trabajando, ¿siente que es capaz volver a su trabajo eventualmente? No  Sí

<b>Tiene usted, o ha tenido alguno do los siguientes?</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>En los últimos 3 meses, ¿ha experimentado?</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
1. Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23. trauma de cabeza o cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Dolor de pecho / Angina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24. Fiebre/resfriado/sudores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Hipertensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25. Pérdida de peso inexplicable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Enfermedad del Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26. Intestino/ Anormalidades en la vejiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ataque del Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27. Fugas do orina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Palpitaciones del Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28. Cambios en apetito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Stroke/CVA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29. Dolor durante la noche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Dolor de Cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30. Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Problemas Renales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31. Vértigo / Desmayamientos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Problemas de Estomago/ Ulceras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32. Fracturas Recientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33. Entumecimiento u hormigueo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34. Anormalidades de la piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Asma / Alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35. Disfunción Sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Hígado/enfermedades de la Vesícula Biliar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36. Nausea / Vomitar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Bronquitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	37. Zumbidos en los oídos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Infección del Tracto Urinario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38. Reuma Articular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Enfermedades de transmisión sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	39. Dieta Especial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Marcapasos del Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	40. Hipoglicemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Implantes Metálicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	41. Fumar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Hernia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	42. Falta de aliento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Incautaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	43. Embarazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Hipotiroidismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	44. Otra: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**En caso afirmativo de cualquiera de las preguntas anteriores, por favor explique brevemente y de la fecha aproximada:**

---



---



---



---



---

¿Hay alguna otra información sobre su historial médico que debemos conocer?

¿Está usted actualmente tomando medicamento?  Si  No; Si la respuesta es afirmativa, sírvase enumerar qué medicamentos:

---



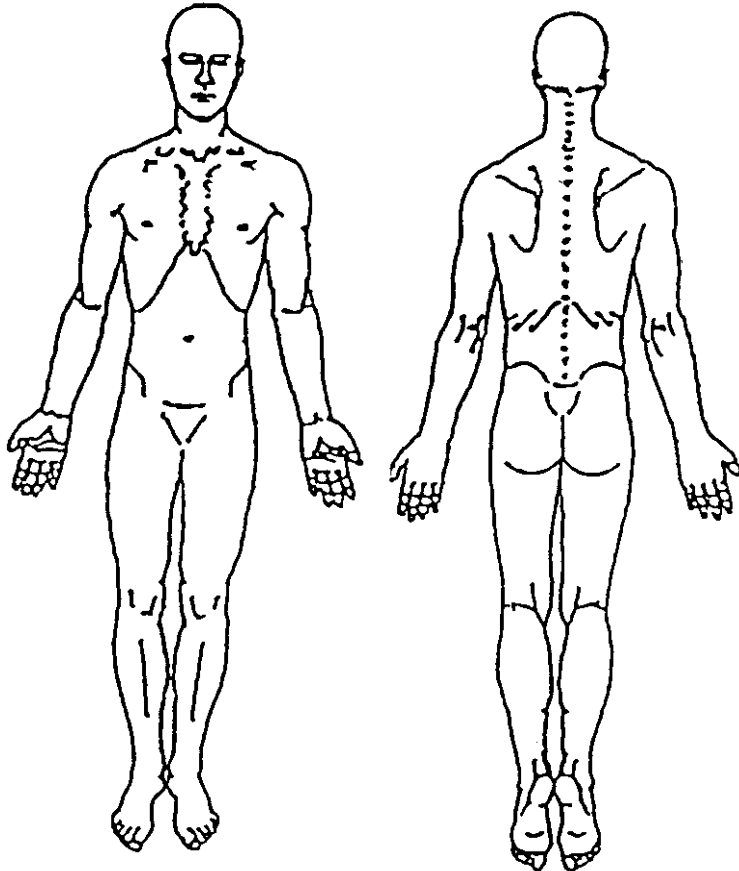
---



---

¿Participas en algún deporte, programas de ejercicio o las actividades de manera regular?  Si  No

Indique donde tiene dolor y que tipo siente en este momento. Use los símbolos indicados abajo para describir su dolor. No indican las zonas de dolor que no están relacionados con su actual lesión o condición.



**CODIGO :**

**Entumecido** =====

**Piquetes de aguja** ooooooo

**Dolor Ardor** xxxxxxxx

**Dolor Pulsante** //////////////

**Dolor Ajustico** >>>>>>>

La intensidad del dolor: Si tiene dolor, por favor califique la intensidad de su dolor sobre la aplicación de la escala.

*0= no dolor, 10= mucho dolor*

**Dolor Actualmente:** \_\_\_/10

**Se Siente Mejor de las últimas 24 horas:**  
\_\_\_/10

**Se Siente Peor de las últimas 24 horas:**  
\_\_\_/10

¿Qué cosas agravar sus síntomas?

---



---



---

¿Qué cosas que mejorar o aliviar sus síntomas?

---



---



---

¿A qué hora del día son las peores de sus síntomas?

Primera cosa en la mañana  durante el día  a noche

A qué hora del día son las mejor de sus síntomas?

Primera cosa en la mañana  durante el día  a noche

Firma del Paciente

Fecha

Firma del Terapeuta

Fecha