

Formulario de Información del Paciente

Fecha: _____ Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Estatura: _____ Peso: _____ Sexo: Masculino Femenino ¿Cuál doctor le remitió? _____

Médico de Cabecera: _____ Empleador: _____

Motivo principal de la consulta/Historia detallada de la enfermedad o lesión actual: (la razón por la visita de hoy)

Fecha en que comenzó/se lastimó: _____ ¿Lesión laboral? Sí No Mano Dominante: Zurdo Diestro

Lugar donde estuvo cuando se lesionó: _____ Manera en que se lastimó: _____

La parte del Cuerpo Afectada: _____ La intensidad del Dolor (0-10): _____

El tipo de Dolor (Ej. palpitante, adormecido, etc.): _____

Cuándo Ocurre el Dolor (Ej. al levantarse, etc.): _____

Factores Modificadores (Ej. que mejora o empeora los síntomas): _____

Historia Médica de Enfermedades: (marque sí o no)

Problemas cardíacos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Parálisis Cerebral	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedades de la Piel	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
La Presión sanguínea elevada	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Malignidades	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas con los Riñones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
La Presión sanguínea baja	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Asma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fibromialgia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Problemas Circulatorios	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Anemia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cáncer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Hepatitis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fatiga Crónica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Artritis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hipertiroidismo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Alergias/Fiebre del heno	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Gota	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Aumento de Peso	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dificultad para Respirar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	VIH	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Epilepsia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Depresión	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Úlcera	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ansiedad Severa	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

¿Usted fuma? Sí No Sí contestó que sí ¿Con qué frecuencia? _____

¿Toma usted bebidas alcohólicas? Sí No Sí contestó que sí, ¿con que frecuencia? _____

Alergias: Sí No Sí contestó que sí, por favor enumérelas: _____

Cirugías Anteriores: _____

Historia Médica Familiar (enumere las enfermedades en su familia): _____

Firma del paciente/Tutor: _____ Fecha: _____

Firma del Médico: _____ Fecha: _____