

LAKE RIDGE PHYSICAL THERAPY, LLC (dba Fusion Physical Therapy)

HISTORIAL DE SALUD DEL PACIENTE

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____, Age: _____ Fecha: _____

Describe los síntomas actuales:

En una escala de 0 - 10 (0 = Sin dolor, 10 = Dolor severo) ¿Cómo calificaría su dolor hoy? _____

Alergias: Estacional Miseria Tuercas de árbol Otro: _____

Historial médico pasado: *Verifique todas las condiciones actuales y anteriores.*

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Alta presión sanguínea | <input type="checkbox"/> Enfermedad Renal / Problemas | <input type="checkbox"/> Falta de aliento | <input type="checkbox"/> Acidez estomacal / reflujo ácido |
| <input type="checkbox"/> Presión arterial baja | <input type="checkbox"/> Ataques al corazón | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Úlceras / Colitis |
| <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Arritmias cardíacas | <input type="checkbox"/> Problemas sinusales | <input type="checkbox"/> Problemas neurológicos |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado | <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca | <input type="checkbox"/> Tos persistente | <input type="checkbox"/> Problemas de la vista |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Prolapso de la válvula mitral | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza / migrañas | <input type="checkbox"/> Escuchando problemas |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Marcapasos | <input type="checkbox"/> Irregularidades del intestino / vejiga | <input type="checkbox"/> Cuidado psiquiátrico |
| <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Epilepsia / convulsiones | <input type="checkbox"/> Hepatitis _____ | <input type="checkbox"/> Depresión ansiedad |
| <input type="checkbox"/> Problemas de tiroides | <input type="checkbox"/> Carrera | <input type="checkbox"/> Mareo | <input type="checkbox"/> Otro (listado abajo): |

Por favor, describa cualquier historial médico actual o pasado que no esté en la lista anterior:

Indique TODAS las hospitalizaciones o cirugías pasadas junto con las fechas quirúrgicas:

Indique cualquier medicamento o suplemento que esté tomando actualmente junto con la dosis (incluya vitaminas y hierbas):

Historia Social y Preventiva:

¿Actualmente usa algún producto de tabaco?	Si	No	Si es así, ¿con qué frecuencia?
¿Bebes bebidas alcohólicas?	Si	No	Si es así, ¿con qué frecuencia?
¿Ejercita / participa en actividad física?	Si	No	Si es así, ¿con qué frecuencia?

Al firmar, certifico que toda la información proporcionada en este documento es precisa y verdadera, según mi leal saber y entender.

Firma del paciente / tutor

Fecha