

# CASCADE PHYSICAL THERAPY

## Forma de la historia de la salud

\*Lea por favor todos los títulos en negrilla, circunde o complete todas las palabras que se apliquen a sus síntomas últimos o actuales.

\*Informe por favor a su therapist si hay algunas adiciones a su forma de la historia durante su cuidado.

Name \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Sexo: M F  
 Age \_\_\_\_\_ Height \_\_\_\_\_ Weight \_\_\_\_\_ Derecho Zurdo  
 Médico \_\_\_\_\_ Fecha de la visita pasada con el médico \_\_\_\_\_  
 Principal queja (localización incluyendo y síntomas) \_\_\_\_\_

Clasifique su dolor: Ningún dolor-----El peor podría ser  
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Cuándo el dolor comenzó? \_\_\_\_\_

¿Cómo el dolor comenzó? (el accidente auto, trabaja lesión relacionada, inicio gradual, lesión traumática, cirugía, elevación, el tirar, resabazón/caída) \_\_\_\_\_

Dolor creciente con: el sentarse, tosiendo, caminando, ejercicio, resto, otro: \_\_\_\_\_

Dolor disminuido con: el sentarse, caminando, ejercicio, resto, otro: \_\_\_\_\_

Medicaciones (prescripción incluyendo y drogas non-prescription): \_\_\_\_\_

Alergias (a la medicación y a otros irritantes): \_\_\_\_\_

Cirugía (fechas y procedimientos): \_\_\_\_\_

Proyección de imagen (Las radiografías, la exploración de MRI, de CT, la otra prueba, area del cuerpo, fechas y resultados se está sabido): \_\_\_\_\_

Ejercite cuando es lesion-libre (actividades, frecuencia recientes de la lista, así como las metas futuras): \_\_\_\_\_

Ejercicio aerobio (frecuencia y duración): \_\_\_\_\_

¿Usted ha estado a la terapia física antes? \_\_\_\_\_ ¿Cuándo y dónde? \_\_\_\_\_

Más allá de historial medico (Compruebe todo el que aplíquese a usted, utilice el lado trasero de esta hoja para la información adicional)

<p><b>Infección/enfermedad:</b>                  ___ infección del hueso                  ___ absceso                  ___ Hepatitis (B,C)                  ___ HIV/AIDS                  ___ Lymes                  ___ fiebre reciente,                  frialdades, la noche suda                  ___ otro: _____</p> <p><b>Cáncer: (afectado tejido fino y fechas):</b>                  _____</p> <p><b>Hormona:</b>                  ___ Hyperthyroid                  ___ Hipotiriodeo                  ___ Osteoporosis                  ___ otro: _____</p>	<p><b>Pulmón:</b>                  ___ Asma                  ___ TB                  ___ Pneumothorax                  ___ Pulmonar                  ___ Hipertensión                  ___ Pulm. Émbolo                  ___ tos crónica                  ___ shortness de la respiración                  ___ otro: _____</p> <p><b>Vasos sanguíneos:</b>                  ___ trombosis profunda de la vena                  ___ Arteriosclerosis                  ___ Cirugía de Puente                  ___ Anemia                  ___ Hipertensión                  ___ otro: _____</p>	<p><b>Corazón:</b>                  ___ Ataque del corazón                  ___ Marcapasos                  ___ desorden de la válvula                  ___ Arritmia                  ___ Corazón congestivo Falta                  ___ Hipertrofia cardiaca                  ___ Trasplante del corazón                  ___ otro: _____</p> <p><b>Gastrointestinal:</b>                  ___ Úlcera                  ___ Appendectomy                  ___ Vesícula biliar                  ___ Colitis                  ___ Crohns                  ___ otro: _____</p>	<p><b>Riñón:</b>                  ___ Piedras del riñón                  ___ pérdida de control urinaria                  ___ otro: _____</p> <p><b>Reproductivo:</b>                  Hombres:                  ___ Cirugía de la prostate                  ___ Hernia                  Mujeres:                  ___ Endometriosis                  ___ Quistes ováricos                  ¿Embarazado? _____                  Fecha debida _____                  ___ otro: _____</p> <p><b>Diabetes:</b>                  ¿Diabético? _____                  Insulina dep.? _____</p>	<p><b>Neurológico:</b>                  ___ Asimientos                  ___ MS                  ___ ALS                  ___ Guillain-Barra                  ___ otro: _____</p> <p><b>Piel:</b>                  ___ Celulitis                  ___ Psoriasis                  ___ Scleroderma                  ___ otro: _____</p> <p><b>Ortopédico:</b>                  ___ fracturas                  ___ dislocaciones                  ___ cirugía _____</p> <p><b>Psicológica:</b>                  ___ emocional                  ___ específicas:                  _____</p>
---	---	--	--	--

Firma de Therapist \_\_\_\_\_ Firma del Paciente \_\_\_\_\_