

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Domicilio	Ciudad/Estado/Código postal	Teléfono de la casa
Fecha de nacimiento	Email	Teléfono celular
Contacto de emergencia	Relación	Número de contacto
Médico de referencia	Teléfono del médico de referencia	Médico primario
Nombre y dirección de su empleador de trabajo	Ciudad/Código postal	Teléfono de su empleo

Lenguaje primario:  Inglés  Español Otro: \_\_\_\_\_

Si es necesario, puede venir acompañado de un traductor?  Sí  No

Está recibiendo cuidado de salud en su hogar?  
 (Viene una enfermera o terapeuta a su casa?)  Sí  No

Ha recibido servicio de terapia en otro lugar?  Sí  No

Si éste es el caso: cuándo y que condición fué tratada?: \_\_\_\_\_

Está desempleado presentemente debido a su lesión?  Sí  No

Razones para atender terapia: \_\_\_\_\_

Como ocurrió su dolencia y sus síntomas: \_\_\_\_\_

Fecha de su lesión y sus síntomas: \_\_\_\_\_

Otros tratamientos que ha recibido: \_\_\_\_\_

Otros exámenes que ha recibido para ésta condición: (rayos x, MRI, etc): \_\_\_\_\_

Lista de sus limitaciones diarias: \_\_\_\_\_

Metas personales para atender terapia: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**I. HISTORIA MEDICA (marque la linea apropiada)**

	No	Sí		No	Sí
1. Ataque cardiaco	___	___	12. Artritis reumatoídea	___	___
2. Problemas cardiacos	___	___	13. Artritis degenerativa	___	___
3. Alta presión	___	___	14. Gota	___	___
4. Accidente cerebrovascular	___	___	15. Fibromialgia	___	___
5. Anemia	___	___	16. Convulsiones	___	___
6. Asthma	___	___	17. Osteoporosis	___	___
7. Emfisema	___	___	18. Enfermedad renal	___	___
8. Tuberculosis	___	___	19. Cáncer	___	___
9. Depresión	___	___	20. Desorden digestivo	___	___
10. Diabetes	___	___	21. Problemas de colon o vejiga	___	___
11. Esclerosis Múltiple	___	___	22. Embarazada	___	___

23. Otras enfermedades diagnosticadas por un médico: \_\_\_\_\_

**I. HISTORIA QUIRÚGICA (Ha tenido algun procedimiento quirúrgico?)**

Cirugía/Procedimiento	Fecha	Cirugía/Procedimiento	Fecha
-----------------------	-------	-----------------------	-------

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**II. MEDICAMENTOS ACTUALES:**

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**III. ALERGIAS**

\_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**IV. PREGUNTAS RELACIONADAS A SU SEGURIDAD**

- 1. Alguien no le permite obtener cuidado de salud?  Sí  No
- 2. Alguien está usando su dinero, comida, u hogar en contra de sus deseos?  Sí  No
- 3. Alguna relación le causa temor emocional o daño físico?  Sí  No
- 4. Tiene pensamientos de dañarse a sí mismo u otros?  Sí  No
- 5. Ha tenido caídas recientes (en los últimos 1-2 meses)?  Sí  No

**V. OTRO: Hay alguna otra información que deberíamos saber?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Gracias!**

\*\*\*\*\* **FOR REHAB PERSONNEL ONLY** \*\*\*\*\*

- Any need for interpreter or use of AT&T interpreter line?  Yes  No \_\_\_\_\_
- Any barriers to learning identified (reading, writing, comprehension)?  Yes  No \_\_\_\_\_
- Has patient received patient safety brochure (“12 things...”) ?  Yes  No \_\_\_\_\_
- Brochure reviewed with patient and patient understands?  Yes  No \_\_\_\_\_
- Reviewed insurance parameters with patient?  Yes  No \_\_\_\_\_

Reviewed by: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_