

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

<b>Domicilio</b>	<b>Ciudad/Estado/Código postal</b>	<b>Teléfono de Casa</b>
<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Correo Electronico</b>	<b>Teléfono Celular</b>
<b>Contacto de Emergencia</b>	<b>Relación</b>	<b>Número de contacto</b>
<b>Médico de Referencia</b>	<b>Teléfono del médico de referencia</b>	<b>Médico primario</b>
<b>Nombre y dirección de su empleador de trabajo</b>	<b>Ciudad/Código postal</b>	<b>Teléfono de empleo</b>
<b>Estado Civil</b>	<b>Pronombres Preferidos</b>	<b>Religión</b>

**Idioma Primario:** ☐ Inglés ☐ Español Otro: \_\_\_\_\_

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

**Has recibido servicio de terapia en otro lugar?** ☐ Sí ☐ No

**Si ésto 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:** \_\_\_\_\_

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

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

	No	Sí		No	Sí
1. Ataque cardiaco	_____	_____	12. Artritis reumatoíde	_____	_____
2. Problemas cardiacos	_____	_____	13. Artritis degenerativa	_____	_____
3. Alta presión	_____	_____	14. Gota	_____	_____
4. Enfermedad de Parkinson	_____	_____	15. Fibromialgia	_____	_____
5. Anemia	_____	_____	16. Convulsiones	_____	_____
6. Asthma	_____	_____	17. Osteoporosis	_____	_____
7. Emfisema	_____	_____	18. Nefropatía	_____	_____
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 diagnosticados por un médico: \_\_\_\_\_

## I. Procedimientos/Cirugías/Hospitalizaciones (Incluye fechas si es posible)

_____	_____
_____	_____
_____	_____

## II. MEDICAMENTOS ACTUALES:

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

## III. ALERGIAS

_____	_____	_____
-------	-------	-------

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

**IV. PREGUNTAS RELACIONADAS A SU SEGURIDAD**

- |    |   |                             |                             |
|----|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. | Alguien no le permite obtener cuidado de salud?                         | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 2. | Alguien está usando tu dinero, comida, o hogar en contra de sus deseos? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 3. | Alguna relación le causa temor emocional o daño físico?                 | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 4. | Tienes pensamientos acerca de hacerte daño a ti mismo o a los demás?    | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 5. | Has tenido caídas recientes (los últimos 1-2 meses)?                    | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

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

---

---

**Gracias!**

\*\*\*\*\*SOLO PARA PERSONAL\*\*\*\*\*

Any need for interpreter or use of interpreter line?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	_____
Any barriers to learning identified (reading, writing, comprehension)?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	_____
Reviewed insurance parameters with patient?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	_____

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