

Nombre: _____ Fecha: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Altura: _____ Peso: _____

Diagnósticos y Condiciones Médicas Importantes: (Por favor cheque todos los que se apliquen)

- | | | | |
|--|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Cardíaca | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Alta Presión Sanguínea | <input type="checkbox"/> Marcapasos |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Impedimento Visual/del Oído | <input type="checkbox"/> Epilepsia |
| <input type="checkbox"/> VIH/SIDA | <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Fiebre | <input type="checkbox"/> Fibromialgia |
| <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Alergia al Látex | <input type="checkbox"/> Escoliosis |
| <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Embarazo | <input type="checkbox"/> Neumonía |
| <input type="checkbox"/> Problemas para Tragar | <input type="checkbox"/> Erupción / Herida | <input type="checkbox"/> Vómito / Diarrea | <input type="checkbox"/> Salud Mental |

Comentarios del Terapeuta: _____

Por favor enumere cualquier medicamento que esté tomando (incluya recetas, medicamentos sin receta y de hierbas): _____

¿Alguna reacción adversa a los medicamentos? Sí No Si contestó Sí, por favor describa: _____

Enumere cualquier alergia a los medicamentos: _____

¿Dónde está localizado su dolor?: _____ ¿Cuáles son sus síntomas actuales?: _____

Enumere cualquier análisis de diagnóstico que usted haya tenido para esta condición: _____

¿Alguna operación/procedimiento importante para su condición? Sí No Tipo: _____

¿Alguna inyección para su condición? Sí No Fecha: _____

Por favor clasifique su dolor utilizando una escala de 0 a 10 (0 = ningún dolor, 10= el peor que se pueda imaginar)

Peor dolor desde el comienzo: _____ Menor dolor desde el comienzo: _____ Dolor actual: _____

¿Su dolor es :__ Constante __ Intermitente? ¿Qué causa que su dolor / problema mejore _____ Empeore? _____

¿Cuándo ocurrió la lesión o el problema?
Primer episodio: _____ Segundo episodio: _____ Tercer episodio: _____

¿Cómo ocurrió la lesión o el problema? _____

¿Cuál era su nivel o función anterior? _____

¿Tiene dolor presente de noche? Sí No ¿Qué posición le ayuda a dormir? _____

¿Es usted víctima de abuso o negligencia? Sí No

Historial de Empleo:

¿Está usted trabajando actualmente? _____ De no ser así, ¿Cuántos días de trabajo en total ha faltado? _____

¿Son sus funciones de trabajo Completas Limitadas? ¿Cuántas horas por semana trabaja usted? _____

¿Qué tipo de trabajo hace usted y dónde trabaja? _____

¿Qué espera lograr con la terapia? / ¿Cuáles son sus metas de terapia? _____

¿Cuándo tiene programado ver a su doctor de nuevo? _____

**A mi leal saber y entender, la información que he proporcionado es completa y verdadera.
Por este medio doy mi consentimiento para recibir servicios de Terapia en Palomar Health.**

Firma del Paciente: _____

Firma del Terapeuta: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Pt Name _____
MR # _____
Date _____ Age _____
Sex: M F
Affix pt name label here

N7770-016S (3/26/13)

**FORMULARIO DE ADMISIÓN SUBJETIVO
SERVICIOS DE REHABILITACIÓN**



PALOMAR HEALTH

PREVENCIÓN DE CAÍDA

SI ___ NO ___ 1) SE HA CAÍDO ANTES O SE HA HERIDO EN UNA CAÍDA?
EN CASO QUE SÍ, CUÁNDO FUE SU CAÍDA MÁS RECIENTE? _____

SI ___ NO ___ 2) SE SIENTE MÁS DÉBIL QUE NORMAL EN SUS PIERNAS?

SI ___ NO ___ 3) HA EXPERIMENTADO UNA MAYOR FRECUENCIA DE ARTICULOS
CAIDOS?*

SI ___ NO ___ 5) TIENE DIFICULTAD LEVANTANDO O CARGANDO COMERCIOS?

SI ___ NO ___ 6) HA DETENIDO HACER ACTIVIDADES DIARIAS O EJERCITAR
DEBIDO AL TEMOR DE CAÍDA?

SI ___ NO ___ 6) TIENE PROBLEMAS DE INCONTENIENCIA

SI ___ NO ___ 7) SIENTE MAREOS CUANDO SE PARA?

SI ___ NO ___ 8) HA DISMINUIDO SU VISTA DE OJOS?

SI ___ NO ___ 9) HA TENIDO PERDID DE OIDO?

SI ___ NO ___ 10) TIENE DOLOR EN EL PIE AL CAMINAR DEBIDO A LOS
JUANETES, LAS ULCERAS O CALLOS?

SI ___ NO ___ 11) SE SIENTE INESTABLE EN SUS PIES CUANDO CAMINA?

SI ___ NO ___ 12) NECESITA USAR UNA ANDADOR O BASTON AL CAMINAR?

NOMBRE DE PACIENTE _____

FECHA _____

PATIENT STICKER HERE