



2001 Westown Pkwy., Suite 107  
West Des Moines, IA 50265  
Teléfono: 515-440-3439  
Número de fax: 515-440-3832

516 Nile Kinnick Dr. S., Suite B  
Adel, IA 50003  
Teléfono: 515-993-5599  
Número de fax: 515-993-1964

**HISTORIA MÉDICA DEL PACIENTE**

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_  
mes / día / año

Fecha de actualización: \_\_\_\_\_  
mes / día / año

Fecha de actualización: \_\_\_\_\_  
mes / día / año

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_  
Mes / día / año

Ocupación: \_\_\_\_\_

Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ ¿Ha tenido algunas caídas en el último año? \_\_\_\_\_ En caso afirmativo, ¿cuántas? \_\_\_\_\_

Caféina:  Nunca  Raramente  número de tazas por día \_\_\_\_\_

Alcohol:  Nunca  He abandonado el alcohol  cantidad actual por día \_\_\_\_\_

Tabaco:  Nunca  He abandonado el tabaco  cantidad actual por día \_\_\_\_\_

Ejercicio:  Nunca  Tipo / frecuencia \_\_\_\_\_

**¿HA TENIDO FISIOTERAPIA DURANTE ESTE AÑO?**  SÍ  NO

**CIRUGÍA ANTERIOR / LESIONES**

**FECHA**

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

**RADIOGRAFÍAS, MRI, CT SCAN:** \_\_\_\_\_

**MEDICAMENTOS (Si Ud. tiene Medicare, por favor utilice un formulario por separado)**

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

**ALERGIAS:**

Diabetes \_\_\_\_\_  Hipertensión \_\_\_\_\_

Enfermedad del riñón \_\_\_\_\_  Problemas de tiroides \_\_\_\_\_

Embolia cerebral \_\_\_\_\_  Enfermedad pulmonar \_\_\_\_\_

Enfermedad del hígado \_\_\_\_\_  Cáncer \_\_\_\_\_

Problemas del corazón \_\_\_\_\_  Trastorno mental \_\_\_\_\_

1. ¿Por qué está buscando servicios de terapia física? ¿Es debido a un accidente?

\_\_\_\_\_

2. ¿Cómo le ha afectado a su capacidad para realizar las actividades diarias?

\_\_\_\_\_

3. En una escala de 0 (ningún dolor) a 10 (dolor terriblemente severo), ¿cómo calificaría su dolor?

En este momento \_\_\_\_\_

En su peor momento \_\_\_\_\_

En su mejor momento \_\_\_\_\_

4. ¡Ponga aquí cualquier otra información que desea proporcionar para facilitar su tratamiento!

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