

Name:

MDR

Physician:

Physical Therapy

(Uso de oficina solamente)

Queridos Pacientes porfavor Informenos sobre su historia de salud. Si usted no entente alguna pregunta, su terepeuta le ayudara inmediatamente. Gracias.

1. Para que problema buscas tratamiento? _____
2. Dia que comenso el problema? _____
3. La causa del problema? _____
4. Antes, asido tratado por esta condición ó algo simular? No Si (Continua con lo de mas)
 No tratamiento Doctor Quiropractico Ejercicio Medicamento
 Fisiko Terapia Caliente/Frio Otro: _____
5. Cuales son sus sintomas? Dolor Debilidad Entumido Peridida de mobimiento
 Náuseas Mareo Otro: _____

If you have pain, please complete this section:

6. A. Evalua tu dolor usando la balanza "0" es NO dolor y "10" es dolor maximo. Marca una linea que representa tu dolor. "0" ←————→ "10"

B. Porfavor marque la area de dolor en el diograma...

C. El dolor esta: Mejor Peor Igual

El dolor es: Constante A veces Siempre Variado

D. l dolor aumenta durante: Al despertar

A.M. Medio día P.M. Tarde de la noche

Molestias al dormir Varido Igual

E. El dolor aumenta cuando: Te acuestas Sientas

Sentarse-levantarse Parar Caminando Inclinarsse

Levantando Escaleras Alcanzando Tosiendo-

Destornudando Respiros profundos Voltiando medio cuerpo ala izquierda

Voltiando cabeza a la derecha Voltiando cabeza a la izquierda Voltiando cabeza a la derecha

Otro: _____

F. El dolor se mejora con: Medicamento Caliente Descanso Hielo Postura

No mejoramiento Otro: _____

7. Examen deagnostico? Ninguno Rayos-x MRI CT Scan Ortograma

Otro: _____

8. Lastimado en trabajo? No Si – Trabajo liviano?: No Yes - Restrictions: _____

9. Tu trabajo _____ Tu trabajo requiere: Levantando objeto pesados Sentado

En telefono Manejando Siempre parado Otro: _____

(Porfavor continue otras)



