

W S P T

PHYSICAL THERAPY  
AQUATIC THERAPY • WELLNESS

WORLD CLASS CARE RIGHT AROUND THE CORNER

## HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE

NOMBRE: \_\_\_\_\_ OCUPACION: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

CONTACTO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_ EMERGENCIA PH #: \_\_\_\_\_

Médico que deriva al paciente: \_\_\_\_\_

Parte del cuerpo lesionada: \_\_\_\_\_ Ha sido operado a causa de esta lesión ?  Si  No

Ha hecho fisioterapia a causa de esta lesión ?  Si  No Cuándo ? \_\_\_\_\_

Tipo/fecha de la operación: \_\_\_\_\_

La lesión fue provocada por un accidente laboral o automovilístico ?  Si  No

INDIQUE EL TIPO Y LA DOSIS DE TODOS los medicamentos, plantas medicinales, vitaminas, minerales o suplementos nutricionales (dietarios) recetados y de venta libre que está tomando actualmente :

Marque esta casilla si adjunta por separado una lista de los medicamentos y sus dosis

_____ Tipo	_____ Dosis	_____ Tipo	_____ Dosis
_____ Tipo	_____ Dosis	_____ Tipo	_____ Dosis
_____ Tipo	_____ Dosis	_____ Tipo	_____ Dosis

Indique si ALGUNA VEZ le han diagnosticado alguna de las siguientes afecciones :

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cancer description: _____  | <input type="checkbox"/> Epilepsia/convulsiones                             |
| <input type="checkbox"/> Presión arterial alta -<br>Controlada por medicamentos ? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Tuberculosis                                       |
| <input type="checkbox"/> Problemas cardiacos : Tipo _____   | <input type="checkbox"/> Hepatitis  |
| <input type="checkbox"/> Diabetes -<br>Controlada por : <input type="checkbox"/> Dieta <input type="checkbox"/> Medicamentos              | <input type="checkbox"/> Depresión  |
| <input type="checkbox"/> Ejercicio <input type="checkbox"/> No controlada   | <input type="checkbox"/> Osteoporosis                                       |
| <input type="checkbox"/> Problemas de circulación   | <input type="checkbox"/> Hernia   |
| <input type="checkbox"/> Asma : Tipo _____  | <input type="checkbox"/> Reemplazo de articulaciones -<br>Tipo/fecha: _____ |
| <input type="checkbox"/> Farmacodependencia y/o alcoholismo   | <input type="checkbox"/> Dificultades visuales/auditivas                    |
| <input type="checkbox"/> Problemas de tiroides  | <input type="checkbox"/> Está embarazada?                                   |
| <input type="checkbox"/> Accidente cerebro-vascular   | <input type="checkbox"/> Tiene alergias ? -<br>Descripción: _____           |
| <input type="checkbox"/> Esclerosis Múltiple  | <input type="checkbox"/> Pérdida excesiva de peso/energía                   |
| <input type="checkbox"/> Artritis Reumatoide  | <input type="checkbox"/> Náuseas/vómitos                                    |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de peso/pérdida de energía   | <input type="checkbox"/> Fatiga   |
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza intensos/frecuentes  | <input type="checkbox"/> Deblinded física                                   |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad renal   | <input type="checkbox"/> Fiebre/escalofrios/sudores                         |
| <input type="checkbox"/> Anemia   | <input type="checkbox"/> Entumecimiento u hormigueo                         |

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_