

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 :

- Cancer description: _____
- Presión arterial alta -
Controlada por medicamentos ? Si No
- Problemas cardiacos : Tipo _____
- Diabetes -
Controlada por : Dieta Medicamentos
 Ejercicio No controlada
- Problemas de circulación
- Asma : Tipo _____
- Farmacodependencia y/o alcoholismo
- Problemas de tiroides
- Accidente cerebro-vascular
- Esclerosis Múltiple
- Artiritis Reumatoide
- Pérdida de peso/pérdida de energia
- Dolores de cabeza intensos/frecuentes
- Enfermedad renal
- Anemia

- Epilepsia/convulsiones
- Tuberculosis
- Hepatitis
- Depresión
- Osteoporosis
- Hernia
- Reemplazo de articulaciones -
Tipo/fecha: _____
- Dificultades visuales/auditivas
- Está embarazada?
- Tiene alergias ? -
Descripción: _____
- Pérdida excesiva de peso/energia
- Náuseas/vómitos
- Fatiga
- Deblinded fisica
- Fiebre/escalofrios/sudores
- Entumecimiento u hormigueo

Firma del paciente: _____ Fecha: _____