

Historia Médica y Formulario de Evaluación

FECHA: _____ Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Por favor, marque con un círculo cualquiera de las siguientes condiciones que tiene ahora o ha tenido en el pasado:

Alergias	Depresión	Esclerosis múltiple
Anemia	Diabetes <i>Controlada / No controlada</i>	Osteoporosis
Ansiedad	Mareos	Parkinsons
Artritis	Enfisema/Bronquitis	Artritis reumatoidea
Asma	Fibromialgia	Convulsiones
Trastornos autoinmunes	Fracturas	Tabaquismo
Cáncer <i>Cual: _____</i>	Problemas de la vesícula biliar	Problemas del habla
Afecciones cardíacas	Hepatitis	Accidentes cerebrovasculares
Marcapasos	Presión arterial alta <i>Controlada / No controlada</i>	Enfermedad tiroidea
Dependencia química	Incontinencia	Tuberculosis
Problemas de circulación	Problemas renales	Problemas de visión
Embarazo actual	Implantes metálicos	Dolores de cabeza
Deterioro de la audición	Colesterol alto	VIH/SIDA
MRSA	Enfermedad muscular	

Describa cualquier otra condición o precaución:

¿Ha tenido alguna lesión como resultado de una caída en el último año? *Sí No*

Altura: _____

¿Dos o más caídas en el último año? *Sí No*

Peso: _____

Historial quirúrgico (por favor, indique el tipo de cirugía, la zona del cuerpo y la fecha):

¿Ha experimentado alguno de los siguientes síntomas/problemas en las últimas 2 semanas? (marque con un círculo si es así)

Mareos/Vértigo	Dolores de cabeza	Dificultad para tragar	Dolor nocturno incesante
Pérdida de peso inexplicable	Incontinencia urinaria o fecal	Fiebre/escalofríos	Adormecimiento / hormigueo en brazos / piernas

Por favor, indique los medicamentos que está tomando actualmente (y la dosis si la conoce):

¿Cuáles son sus objetivos para la terapia física?
