

# SOUTHWEST SPORT & SPINE CENTER, INC.

## LA HISTORIA CLINICA

Asegurar que usted reciba una evaluacion completa, por favor nos proporciona con la informacion importante de fondo en la forma siguiente. Si usted no entiende una pregunta su terapeuta y le ayudara. Gracias

Nombre	Fecha de nacimiento
Occupacies/Actividades extra	

Alergias de Medicamentos
Favor da explicar alergias que tenga
Sensibilidad de guantes latex?
Ha declarado usted que la Directiva Clinica Avanzada de no RESUCITA? SI NO

Esta usted acualmente bajo el cuidado de:					
Doctor Medico	Si	No	Psychiatra	Si	No
			Terapista Fisico	Si	No
Osteopath:	Si	No	Psychologo	Si	No
			Otro:		
Dentista	Si	No	Chiropractico	Si	No
Si usted a visto cualquiera de los mencionados arriba favor de explicar.					
Con respecto a la condicion para que usted fue referido para la terapia, le tiene tuvo un reciente:					
MRI:	Si	No	Rayos X	Si	No
			Cat Scan	Si	No
			Donde?		
Usted a recibidado terapia en casa?					
Usted a recibido terapia fisica en el ano pasado?					

Ha sido diagnosticado JAMAS usted teniendo como cualquiera de las siguientes condiciones?					
Si	No	Enfermedad de corazon	Si	No	Rheumatoid Arthritis
Si	No	Alta Pression	Si	No	Otro tipo de artritis
Si	No	F Circulation Problems	Si	No	Depression
Si	No	Asthma	Si	No	Hepatitis
Si	No	Emphysema/Bronchitis	Si	No	Tuberculosis
Si	No	Alcoholismo	Si	No	Embolios
Si	No	Tiroides	Si	No	Enfermedad de los rinones
Si	No	Diabetes	Si	No	Anemia
Si	No	Multiple Sclerosis	Si	No	Epilepsia
Si	No	Cancer	Si	No	Otro
		es Si, que clase			Favor de explicar

Durante el mes pasado se asentido triste, depression, o sin ganas de vivir?	
Durante el mes pasado se a sentido como que esta perdiendo interes en hacer cosas?	
Se siente con peligro en casa o le han querido pegar o tratado de herirle en alguna manera?	
<b>PARA MUJERES: Esta usted actualmente embarazada? Piensa que pudiera estar? Si No</b>	

<b>EL USO DEL TERAPISTA SOLO:</b>

Tiene cualquiera en su familia (padres, el hermano, la hermana) tratado lo siguiente?					
SI	NO	Problemas con el corazon	SI	NO	Artritis
SI	NO	Alta presion	SI	NO	Problemas con los rinones
SI	NO	Dependencia Chemica(alcoholismo)	SI	NO	Anemia
SI	NO	Diabetes	SI	NO	Epilepsia
SI	NO	Cancer	SI	NO	Dolores de cabeza
SI	NO	Embolio	SI	NO	Mental Illness

Liste cualquier medicina de la PRESCRIPCION que usted toma actualmente

- Si NO Aspirina
- Si NO Tylenol
- Si NO Advil/Motrin/Ibuprofen
- Si NO Lajativos
- Si NO Decongestionantes
- Si NO Antihistamines
- Si NO Antacidos
- Si NO Vitaminas/Minerales/S suplementos
- Otras medicinas:

**EL USO DEL TERAPISTA SOLO:**

Liste por favor cualquier medicina esta tomando actualmente?(inclusive pildoras, inyecciones

1 _____	4 _____
2 _____	5 _____
3 _____	6 _____

Liste por favor cualquier cirugia o otras condiciones para que usted ha sido hospitalizado, inclusive la fecha y la razon aproximadas para la cirugia o hospitalizacion.


Describe por favor alguna herida significativa para que usted ha sido tratado (inclusive fracturas, torceduras.


Cuanto café o café con cafeina o bebidas con cafeina usted bebe por dia?

Cuantes paquetes de cigarillos fuma usted al dia?

Cuantos dias a la semana bebe usted alcohol?

Si una bebida iguala una cerveza or vino, cuanto bebe usted en un dia medio?

- |                                |       |                   |
|--------------------------------|-------|-------------------|
| Ha notado recientemente usted? | SI NO | Perdida del sueno |
| SI NO Perdida de Peso/Aumente  | SI NO | Debilidad         |
| SI NO Nausea/Vomitir           | SI NO | Fiebre/Frios/Suda |
| SI NO Fatiga                   | SI NO | Sentir homiguero  |

**EL USO DEL TERAPISTA SOLO:**
