

## 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	
Occupaciones/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		
<i>Esta usted acualmente bajo el cuidado de:</i>		
Doctor Medico Si No	Psychiatra Si No	Terapeuta 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	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 Quimica(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	<b>EL USO DEL TERAPISTA SOLO:</b>
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:	
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?	
Cuantos 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 Perdidad del sueno
SI NO Perdida de Peso/Aumente	SI NO Debilidad
SI NO Nausea/Vomitar	SI NO Fiebre/Frios/Suda
SI NO Fatiga	SI NO Sentir homiguero

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