



Forma de investigacion medica

Nombre: _____

Fecha: _____

CONDICIÓN ACTUALMENTE:

Donde están sus síntomas: _____

¿Cuándo comenzaron estos síntomas? _____

Cómo ocurrió esta lastimadura (gradualmente, repentinamente, herida): _____

Mis síntomas están: mejor/casi igual/peor

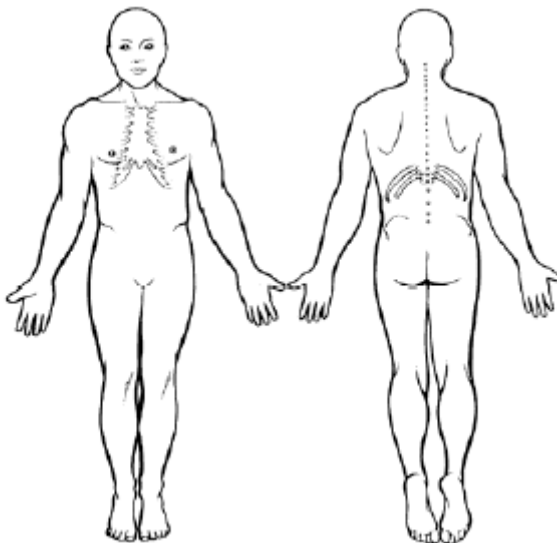
¿Lista por favor cualquier tratamiento anterior para la condición que le estamos viendo para hoy? _____

¿Has tenido este problema antes? SÍ NO

¿Cómo fue tratado? _____

¿Ha tenido estudios hechos para este problema (radiografías, MRI, etc)? SÍ NO

Utilizar por favor los símbolos siguientes: ^^ entumecimiento *** pernos y agujas /// dolor



Clasifique su dolor (1=bajo, 10=alto): En su peor: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 en su mejor: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
ahora: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Actualmente, estoy experimentando el siguiente (circundar todos que apliquen):

Vértigos

la pérdida de peso inexplicada

Dolor en la noche

La fiebre/las frialdades/suda

Cambios en apetito

Dificultad que traga

dolores de cabeza

la náusea/el vomitar

entumecimiento/el zumbar

cambios en la función del intestino o de la vejiga

la depresión

brevedad de la respiración

equilibrio pobre/caídas

HISTORIA MÉDICO:

Círcula cualquier condición que tengas o has tenido:

Artritis	movimiento	alta tensión arterial
Enfermedad pulmonar	enfermedad de riñón	cáncer
Enfermedad del hígado	enfermedad cardíaca	diabetes
Angina/asma	marcapasos	alergias
Osteoporosis	Fibromyalgia	problemas de la circulación/sangre

¿Eres alérgico al látex? SÍ NO
 ¿Fumas? SÍ NO
 ¿Estás embarazada? SÍ NO

¿Durante el último mes, ha sintiendo deprimido, presionado o desesperado? SÍ NO
 ¿Durante el último mes, ha tenido poco interés o placer en hacer actividades de diversión? SÍ NO
 ¿Estás tomando medicaciones? SÍ NO

Por favor lista TODAS las medicaciones que está tomando:

Por favor lista las últimas cirugías con fechas:

Por favor lista cualquier dolencia que tiene que no se haya documentado arriba:

¿Cuáles son sus metas para terapia física y/o la salud?

Firma de paciente: _____

Fecha: _____

USO DE LA OFICINA:

Presión arterial: _____ Ritmo cardíaco: _____ Fecha: _____