

Formulario de Admisión de Pacientes

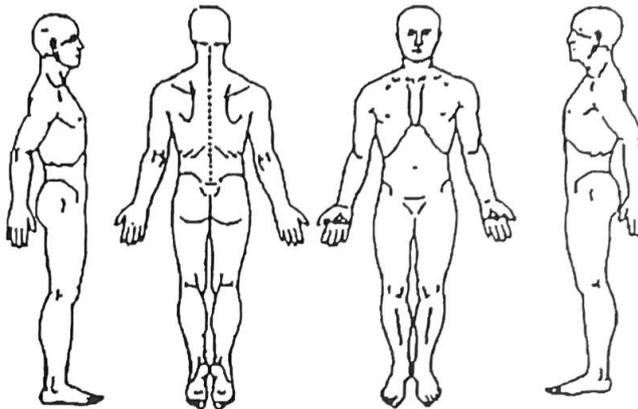
Apellido, Nombre de pila (Inicial del segundo nombre) Fecha de nacimiento Fecha de hoy

Fecha de la lesión/inicio Duración de los síntomas

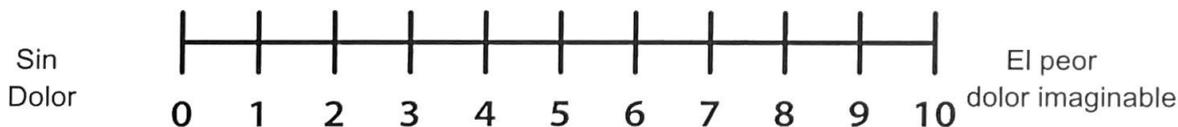
¿Está experimentando dolor actualmente? Sí no

Indique las áreas de dolor en el siguiente diagrama:

- Agudo
- Ardor
- Dolor
- Entumecimiento
- Pulsante



Por favor, marque con un círculo el número que indica su peor nivel de dolor al realizar actividad hoy.



Pruebas diagnósticas relacionadas con la condición actual:

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Gammagrafía ósea | <input type="checkbox"/> Laboratorios | <input type="checkbox"/> Electromiografía | <input type="checkbox"/> Radiografía |
| <input type="checkbox"/> Tomografía computarizada | <input type="checkbox"/> Resonancia magnética | <input type="checkbox"/> Ultrasonido | <input type="checkbox"/> Otra/o: _____ |

¿Está experimentando alguna de estas condiciones relacionadas con su problema/queja actual? Sí no

En caso afirmativo, especifique:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dolor o presión en el pecho | <input type="checkbox"/> Náuseas/vómitos | <input type="checkbox"/> Bajo cuidado médico |
| <input type="checkbox"/> Dificultad en la función intestinal/vesical | <input type="checkbox"/> Sudores nocturnos/dolor nocturno | <input type="checkbox"/> dificultad para respirar inexplicable |
| <input type="checkbox"/> Mareos/desmayos | <input type="checkbox"/> Entumecimiento en el área genital/anal | <input type="checkbox"/> debilidad inexplicable |
| <input type="checkbox"/> Fiebre/escalofríos | <input type="checkbox"/> ¿Embarazada? _____ | <input type="checkbox"/> cambio de peso inexplicable |
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Problemas con la visión, audición y habla. | <input type="checkbox"/> Otra/o: _____ |

Evaluación de caídas: ¿Ha tenido dos o más caídas en los últimos 12 meses? Sí no
 ¿Ha tenido alguna caída en los últimos 12 meses? Sí no

Alergias: ¿Es alérgica/o / sensible al látex o al adhesivo/a? Sí no
 ¿Tiene usted alguna otra alergia? Sí no
 En caso afirmativo, indique: _____

Indique cualquier cirugía o condición médica previa:

Condición/Cirugía:	Descripción
<input type="checkbox"/> Cáncer	
<input type="checkbox"/> Cardíaca/o	¿Hipertensión? ¿Infarto de miocardio? ¿Insuficiencia cardíaca congestiva?
<input type="checkbox"/> Endocrina/o	¿Diabetes? ¿Condición de la tiroides?
<input type="checkbox"/> Genitourinaria/o	
<input type="checkbox"/> Infección	
<input type="checkbox"/> Neurológica/o	¿Derrame cerebral? ¿Convulsiones? ¿Esclerosis múltiple?
<input type="checkbox"/> Ortopédica/o	¿Osteoporosis?
<input type="checkbox"/> Pulmonar	
<input type="checkbox"/> Reproductiva/o	
<input type="checkbox"/> Dispositivos implantados	¿Marcapasos? ¿Estimulador nervioso? ¿Dispositivo de bombeo?
<input type="checkbox"/> Otra/o	

Entorno del hogar:

- ¿Escaleras interiores con barandilla? ¿Cuántas? _____ ¿Escaleras exteriores con barandilla? ¿Cuántas? _____
 ¿Escaleras interiores sin barandilla? ¿Cuántas? _____ ¿Escaleras exteriores sin barandilla? ¿Cuántas? _____

Estado de empleo: Ocupación, si aplica: _____ Horas/Semana: _____

- Tiempo completo Jubilada/o
 Tiempo parcial Discapacitado
 Trabajar sin restricciones Desempleada/o
 Trabajar en el mismo trabajo con restricciones No se puede trabajar debido a la condición actual
 Trabajar en un trabajo diferente con restricciones

Historia social: Uso de tabaco: Nunca Anteriormente, pero lo dejé Sí #/día: ____
 Consumo de alcohol: Nunca Anteriormente, pero lo dejé Sí #/día: ____
 Consumo de drogas: Nunca Anteriormente, pero lo dejé Sí específicamente

Al firmar su nombre a continuación, usted acepta que la información proporcionada es verdadera según su leal saber y entender.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Solo para uso de oficina
Form reviewed by (PT initials): _____ Date: _____