

# Formulario de Admisión de Pacientes

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

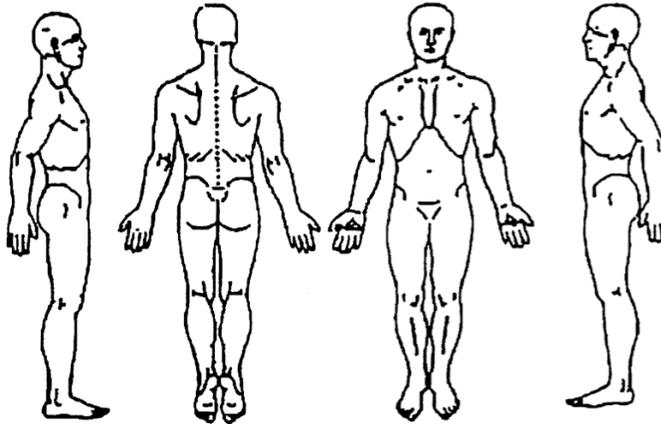
Fecha de la lesión/inicio

Duración de los síntomas

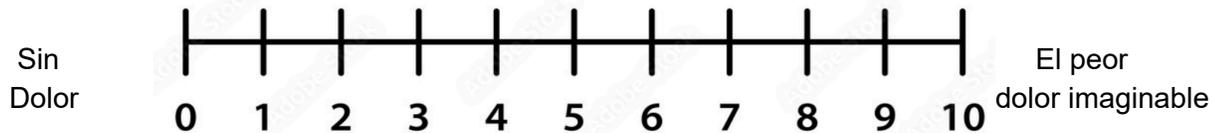
¿Está experimentando dolor actualmente?    Sí    no

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 interiores sin barandilla? ¿Cuántas? \_\_\_\_\_  
 ¿Escaleras exteriores con barandilla? ¿Cuántas? \_\_\_\_\_  
 ¿Escaleras exteriores sin barandilla? ¿Cuántas? \_\_\_\_\_

**Estado de empleo:** Ocupación, si aplica: \_\_\_\_\_ Horas/Semana: \_\_\_\_\_

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

**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: _____