



Jersey City Medical Center
Department of Rehabilitation Services
Physical Therapy Division

Patient label

Por favor tome unos minutos para contestar las siguientes preguntas sobre su salud y estado de vida para poder assistirnos en facilitar su evaluacion.

Nombre de Paciente: _____ **Fecha:** _____

Nombre de Doctor: _____

Fech de su proxima cita con su Medico: _____

Edad: _____ **Estatura:** _____ **Peso:** _____

Como aprende usted mejor? (encierra en un circulo la respuesta)

Verbal **Escrito** **Visual** **Demonstrativo**

Razon por venir a Terapia Fisica:

Cuando empesaron sus sintomas? _____

Encierra en un circulo la razon porque empesaron sus sintomas:

Accidente **Herida** **Cirugia Reciente** **Sin Razon**

Encierra en un circulo las pruebas hechas:

Radio-X **MRI** **CT-Scan** **Adonde?** _____

Usted tiene o has tenido las siguientes enfermedades? (marquelas con una "X")

<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Alta Presion	<input type="checkbox"/> Problemas del Corazon
<input type="checkbox"/> Problemas Respiratorio	<input type="checkbox"/> Cancer	<input type="checkbox"/> Infarto/Ataque del Corazon
<input type="checkbox"/> Artritis del hueso	<input type="checkbox"/> Artritis Rehumatica	<input type="checkbox"/> Asma
<input type="checkbox"/> Problemas del vejiga	<input type="checkbox"/> Alergias: _____	
Otras: _____		

Estas tomando alguna medicina regularmente? (por favor anotelas) _____

¿Alguna vez has recibido terapia fisica antes? (encierra en un circulo la respuestas) **Si** **No**

Si es si, Donde? _____ **Cuando?** _____

Para que condición? _____

Resultado de la terapia? _____

Condiciones de cómo vive: (marque con una “X”)

Apartamento Casa Casa de 2 o más familias

Escaleras # de escalones: Elevador

Pasamanos en los lados de la escalera: Derecha Izquierda Ambos

Vive con otros Vive Solo/a Vive con familia

Ocupación: _____ **Estás trabajando ahora?** Si No

Por favor describe con las siguientes preguntas el tipo de dolor que sientes:

Donde? _____

Que empeora su dolor? _____

Que mejora su dolor? _____

A qué hora del día se empeora el dolor? _____

Encierra en un círculo todas las palabras que describe su dolor:

Punzante **Pesadez** **Adolorido** **Hormigueo** **Dormido**

Describa su dolor en una escala de 0 a 10 considerando 0 sin dolor y 10 dolor insoportable:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Constante **A veces**

Este dolor no te deja dormir o te despierta por las noches? Si No

Que actividades rutinaria se le hace dificultoso desde que fue reconocido con esta condición?

Qué esperas de beneficio con la terapia física? _____

Por favor marque el siguiente diagrama del cuerpo con los siguientes códigos:

Dolor

Quemazón

Hormigueo

Dormido

Pesadez

Otros: _____

