

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN**  
**Adulto – Historial Médico**

Nombre (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Marque o encierre en un círculo todas las casillas que correspondan. Toda la información se mantendrá bajo estricta reserva.

<b>Antecedentes médicos pertinentes</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Comentarios</b>	<b>Estado de salud actual</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Comentarios</b>
1. Enfermedad cardíaca Ataque cardíaco Marcapasos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	1. Debilidad en los brazos Debilidad en las piernas Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2. Hipertensión arterial				2. Pérdida o aumento de peso			
3. Diabetes				3. Cansancio o fatiga			
4. Cáncer				4. Náuseas o vómitos.			
5. Problemas renales o de vejiga				5. Fiebre, escalofríos o sudoración			
6. Problemas hepáticos				6. Mareos o dolores de cabeza			
7. Problemas de tiroides				7. Adormecimiento u hormigueo			
8. Problemas de la próstata				8. Problemas urinarios o con las deposiciones			
9. Derrame cerebral o ataque isquémico transitorio (AIT)				9. Dolor de las articulaciones u óseos			
10. Problemas circulatorios				10. Dolor nocturno			
11. Osteoporosis				11. Dolor de pecho o palpitaciones cardíacas			
12. Trastornos sanguíneos o anemia				12. Disfunción sexual			
13. Trastornos neurológicos: Enfermedad metabólica, enfermedad de Parkinson u otra				13. Problemas de la vista			
14. Convulsiones o epilepsia				14. Zumbido en los oídos o problemas auditivos			
15. Tuberculosis, hepatitis o VIH				15. Problemas de coordinación o equilibrio			
16. Embarazo o posible embarazo				16. Dificultad para caminar			
17. Artritis Artritis reumatoide Artrosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	17. Hinchazón de pies, tobillos o piernas Hinchazón de manos o brazos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	18. Dificultades para dormir o apnea			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	19. Dificultad para respirar, tos o dificultad para tragar			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	20. Problemas cutáneos			
19. Úlceras o problemas estomacales				21. Depresión			
20. Otro:				22. Otro:			

<b>ANTECEDENTES FAMILIARES</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Familiar</b>	<b>ANTECEDENTES SOCIALES</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Comentarios</b>
¿Alguna vez un familiar directo ha sido tratado por alguna de las siguientes enfermedades?				1. ¿Hace ejercicio regularmente?			
1. Diabetes				2. ¿Fuma actualmente?			
2. Enfermedad cardíaca				3. ¿Alguna vez fumó?			
3. Hipertensión arterial				4. Si la respuesta es sí, ¿Cuántos cigarrillos o cigarros fuma al día? _____			
4. Cáncer				5. ¿Consume alcohol?			
5. Derrame cerebral				6. Si la respuesta es sí, ¿cuántos tragos bebe al día?			
6. Artritis				7. ¿Cuántas bebidas con cafeína bebe al día?			
7. Enfermedad mental				8. ¿Tiene alergias?			
8. Dependencia de alcohol o drogas				9. ¿Tiene alergia al látex?			
9. Enfermedad renal o hepática				10. Ocupación: _____			
10. Enfermedad pulmonar				11. Actividades de recreación: _____			

Indique cualquier medicamento recetado que tome actualmente (píldoras, inyecciones, parches para la piel):			Indique cualquier cirugía u hospitalización reciente e incluya la fecha aproximada:		
1. _____	5. _____		1. _____	_____	
2. _____	6. _____		2. _____	_____	
3. _____	7. _____		3. _____	_____	
4. _____	8. _____		4. _____	_____	
¿Toma alguno de los siguientes medicamentos de venta sin receta?			Indique cualquier fractura, esguince, dislocación e incluya la fecha aproximada:		
	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Comentario</b>	1. _____	_____
Aspirina				2. _____	_____
Tylenol				3. _____	_____
Advil, Motrin o ibuprofeno				4. _____	_____
Laxantes				Lesiones anteriores (cuello, espalda, hombro, brazo, pierna, pie, cabeza) por las cuales ha recibido terapia; incluya la fecha aproximada:	
Descongestionantes				1. _____	_____
Antiácidos				2. _____	_____
Antihistamínicos				3. _____	_____
Vitaminas				Antecedentes anteriores de caídas. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Tagamet, Pepcid AC o Zantac				¿Ha sufrido alguna lesión como resultado de una caída?	
Otro: _____				Indíquelas: _____	
_____				_____	
_____				_____	
¿Toma medicamentos alternativos o suplementos a base de hierbas?				<b>EXÁMENES</b>	<b>Sí</b>
¿Es alérgico a algún medicamento?					<b>No</b>
¿Consumo drogas recreativas?					<b>Área del cuerpo</b>
				1. Radiografías	<input type="checkbox"/>
				2. Imagen de resonancia magnética	<input type="checkbox"/>
				3. Ecografía o gammagrafía ósea	<input type="checkbox"/>
				4. Tomografía computarizada	<input type="checkbox"/>
				5. Electromiograma con el examen de velocidad de conducción de los nervios	<input type="checkbox"/>
				6. Otro: _____	<input type="checkbox"/>

¿Ha estado involucrado en un accidente de automóvil o de otro tipo?  Sí  No \_\_\_\_\_

¿Hay algo que podría interferir con su participación en la terapia?  Sí  No \_\_\_\_\_

¿Desea analizar algún daño emocional o físico que pueda estar experimentando?  Sí  No \_\_\_\_\_

¿Alguna vez se siente inseguro en casa o alguna persona lo ha golpeado o ha tratado de lesionarlo?  Sí  No \_\_\_\_\_

Durante el último mes, ¿se ha sentido triste, deprimido o sin esperanzas?  Sí  No \_\_\_\_\_

Durante el último mes, ¿se ha sentido molesto por su falta de interés o placer al hacer las cosas?  Sí  No \_\_\_\_\_

Describa los problemas por los que busca servicios de rehabilitación \_\_\_\_\_

¿Qué sucedió? \_\_\_\_\_

¿Cómo comenzó el problema? \_\_\_\_\_

¿Cuándo comenzó el problema? \_\_\_\_\_

¿Qué alivia el problema? \_\_\_\_\_

¿Qué empeora el problema? \_\_\_\_\_

¿Cuándo es su cita de control con el médico? \_\_\_\_\_