

A BETTER LIFE d/b/a ABLE PHYSICAL THERAPY
 35 JOURNAL SQUARE PLAZA, FIFTH FLOOR JERSEY CITY, NJ 07306
 Tel: (866) 9NJ-ABLE/965-2253 Fax: (877) 9NJ-ABLE/965-2253

PASADO HISTORIAL MEDICO

Apellido: _____ Nombre: _____

SS #: _____ DOB: _____

Nosotros en ABLe estamos preocupados por su salud. Un conocimiento profundo de su historial médico es vital para proporcionar el tratamiento correcto. Con el fin de servir de manera segura, por favor, tómese el tiempo para bien completar el cuestionario de salud más adelante. Por favor, marque sí o no a la siguiente. Si su respuesta es sí, por favor, anote la fecha correspondiente.

No	Sí	Fecha (en caso afirmativo)	Los síntomas o el diagnóstico
			MUSCULOESQUELÉTICO
			Artritis, reumatismo, gota, o problemas de otra articulación
			Rotos o articulaciones dislocadas
			Mano, el codo, los problemas del hombro
			De cadera, rodilla, pie los problemas
			Problemas de cuello o la espalda
			Reemplazo de Articulaciones
			De tejido conectivo, tendones o tejido blando Problemas
			Osteoporosis
			NEUROLÓGICO
			Traumatismo craneal, contusiones, lesiones
			Pérdida de la memoria
			Epilepsia, convulsiones, ataques
			Frecuentes o graves dolores de cabeza o migrañas
			Mareos, desmayos, vértigo o problemas del oído interno
			Antecedentes de accidente cerebrovascular o AIT
			Los nervios pinchados o Neuropatías
			De la poliomielitis o otras formas de parálisis
			Temblores, falta de coordinación, la enfermedad de Parkinson
			Entumecimiento o parestesias (sensaciones anormales)
			Los problemas del habla (temporal o permanente)
			Cualquier enfermedad neurológica
			CARDÍACA
			Antecedentes de enfermedad cardíaca
			Presión arterial alta, colesterol alto
			Irregularidades cardíacas o un soplo
			Marcapasos u otros dispositivos implantados
			Dolor o presión en el pecho

		Hinchazón de los tobillos
		Vasculares o problemas circulatorios, venas varicosas o similares
		Los coágulos de sangre
		RESPIRATORIO
		Falta de aliento, asma, tos o sibilancias
		La neumonía, EPOC, tuberculosis o condición respiratoria otros
		MEDICINA GENERAL
		La diabetes, alta o baja azúcar en la sangre
		Cáncer, tumores, los tumores, biopsias o similares
		Reciente pérdida de peso / Gain
		Las hernias o roturas
		Enfermedad de la sangre o anemia
		El reflujo, úlceras o problemas estomacales
		Problemas de órganos, los cálculos renales, enfermedad hepática, etc
		Problemas de la piel, sarpullidos o similares
		Dolor o la fatiga crónica
		Depresión, ansiedad o angustia emocional
		El alcohol o las toxicomanías
		Enfermedad Autoinmune del VIH
		PROCEDIMIENTOS
		Inyecciones de dolor
		Las consultas de especialistas o visitas
		Cirugías o procedimientos médicos
		Servicios Ocupacional de Terapia Física

Si usted contestó sí a cualquiera de los anteriores, por favor explique a continuación:

¿Es usted alérgico a algo? _____

¿Alguna vez ha estado hospitalizado? Por favor, anote la fecha y el motivo de la hospitalización. _____

¿Alguna vez ha tenido una cirugía o que se hubiera informado a tener uno? Si es así, por favor, anote la fecha y el motivo de operación o tipo de procedimiento.

¿Cuándo fue la última vez que estuvo en un médico? ¿Cuál fue el motivo de su visita?

¿Tiene usted algún familiar cercano con problemas médicos?

¿Ha tenido algunnódiagnostico y/o análisis de sangre recientemente? ¿Por qué razón? Por favor, anote la fecha realizados y los resultados pertinentes.

Para las mujeres: ¿Está embarazada? _____ ¿Cuántos meses? _____

Por favor escriba todos los medicamentos (con receta y sin receta), hierbas, suplementos y remedios caseros que usted está tomando actualmente.

¿Tiene alguna enfermedad que puede limitar su vida diaria y actividades de trabajo?

¿Alguna vez has tenido graves efectos de las actividades físicas que ya hayas hecho?

¿Fuma? Si es así, ¿cuánto? _____

¿Bebe alcohol? Si es así, ¿cuánto? _____

¿Haces ejercicio? ¿Qué tipo y con qué frecuencia? _____

¿Es usted zurdos o diestros? _____

¿Hay algo más que te gustaría que nos informe acerca de? _____

¿A quién debemos contactar en caso de emergencia?

Nombre _____ Relación _____ Tel. _____

¿Quién está autorizado a recibir su información de salud protegida (PHI)?

Nombre _____ Relación _____ Tel. _____

Doy fe de que he respondido a las preguntas anteriores a mi mejor entendimiento.

Nombre: _____ **Firma:** _____ **Fecha:** _____