

Terapia Física y Ocupacional - Formulario de Admisión de Pacientes

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

Fecha de Nacimiento: _____ **Número de Seguridad Social:** _____

Niños dependientes menores de 5 años: _____ Mano dominante: derecha / izquierda / las dos (*circule uno*)

Fecha de accidente: ____/____/____ Fecha de cirugía: ____/____/____

Usted esta (*circule uno*): Empleado / con modificaciones / desempleado / retirado discapacitado: temporal / permanente

Occupación: _____ Funciones principales del trabajo: _____

Actividades recreativas : _____

HÁBITOS DE SALUD

Mi salud general es: Mala Mas O Menos Buena Excelente (*circule uno*)

Mi dieta es: Mala Mas O Menos Buena Excelente (*circule uno*)

Usted fuma? Si / No Si fuma, cuanto por lo regular? _____

Usted toma? Si / No Si tomas bebidas alcohólicas, cuanto por lo regular? _____

HISTORIAL MÉDICO

Fechas *Pertinente* Asuntos importantes en su salud (cirugías, accidentes, enfermedades, etc.)

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Otros problemas medicos / alergias: _____

Usted es un paciente de un centro de enfermería Si / No (*circule uno*)

Usted tiene un marcapasos? Si / No (*circule uno*)

Usted a tenido rayos X o MRI por la condición presente? Si / No (*circule uno*)

Cual fueron los Resultados? _____

Que medicamentos está tomando usted?

Medicamento:	Dosis?	cuantas veces?	La Razón
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Usted a tenido terapia física para la condición presente? Si / No (*circule uno*)

Si es si, donde? _____

Si es si, que ayudo a su condición? _____

Si es si, que dificulto su condición? _____

CONDICION ACTUAL

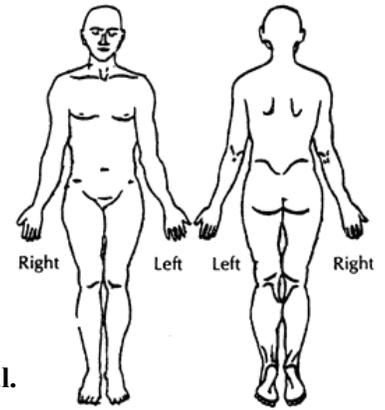
Como se lastimo? _____

Desde el inicio de su condición, como siguen sus síntomas: (circule uno)

Mejor / Peor / Igual

Use el diagrama a la derecha para indicar la ubicación de sus síntomas o dolor:

Describe sus síntomas (pulsando, quema, puñalada, dolorido, extendiéndose, etc):



En la escala siguiente, encierre en un círculo el número que indique su dolor actual.

No Dolor	Poco Dolor			Moderado Dolor			Fuerte Dolor				
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sin dolor	Muy suave	Incomodo	Soportable	Penoso	Muy penoso	Intenso	Muy Fuerte	Terriblemente Extremo	Doloresamente insoportable	Inimaginable Atroz	
Normal	Molesto, pero no interfiere con la mayoría de las actividades de la vida diaria.			Interfiere con las actividades de la vida diaria. Requiere cambios en el estilo de vida para permanecer independiente en general.			Incapaz de hacer las actividades de la vida diaria o ajustarse independiente en actividades normales.				

En la última semana, el nivel más alto de dolor? _____ En la última semana, el nivel de dolor más bajo? _____

Por favor marque todas las actividades que le causan dolor o dificultad:

Autocuidado

- Urinación
- Defecación
- Higiene personal
- Cepillando el cabello
- Bañándose
- Vistiéndose
- Comiendo
- Cepillando los dientes

Comunicación

- Escribiendo
- Tecleando
- Hablando

Funciones sensorias

- Oyendo
- Viendo
- Tocando
- Entumecimiento

Actividad física

- Pararse
- Subiendo o bajando las escaleras
- Alcanzando
- Durmiendo

Cuánto tiempo dura (Marque "NL" si no está limitado)

- Sentado _____ (min)
- Parado _____ (min)
- Caminando _____ (min)

Otros factores agravantes o deficiencias: _____

Que hace sus síntomas peor? _____

Que hace sus síntomas mejor? _____

Sus síntomas o dolor cambian de la mañana a la tarde? Por favor describir: _____

Objetivo que quiere lograr con terapia física? _____

Información adicional: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____