



PHYSICAL THERAPY ASSESSMENT
PHYSICAL THERAPY PATIENT/CLIENT MANAGEMENT

Apellido y Nombre: _____ Fecha de Nac: _____ Dr: _____ Fecha : _____

Apellido _____
Nombres _____ Jr/Sr _____
Altura _____ Peso _____ Edad _____

Presión Sanguínea en su última visita a su doctor: _____

Es Usted: () Diestro () Zurdo

¿Quién lo refirió a Terapia Física?: _____

¿En qué tipo de vivienda vive?

- Casa Propia Apartamento propio
Habitación Rentada Hospicio
Vivienda asistida
Vivo en la calle o en refugios
Residencia Geriátrica
Otro: _____

¿Con quién vive Ud.?

- Solo/a Esposo/a solamente
Esposo/a y/o otros Niño/s (no esposo/a)
Otro familiar/es (no esposo/a o niños) Asistente de cuidado
Grupo (no familiares) Otro: _____

¿Tiene su vivienda?

- Escaleras sin baranda Bastón
Escaleras con baranda Andador
Rampas Silla de Ruedas Manual
Elevador Silla de Ruedas Eléctrica
Terreno desnivelado
Otros obstáculos: _____

¿Ud. usa?

Estado General de su Salud

Por Favor, clasifique su salud:
_____ Excelente _____ Muy Buena _____ Razonable _____ Mala

¿Ha tenido durante el último año cambios importantes en su vida? (ej.: recién nacido, cambio de trabajo, fallecimiento de algún familiar)

_____ Si _____ No

Hábitos de Salud

¿Ejercita Ud. regularmente? _____ Si _____ No
Si la respuesta es afirmativa, describa la frecuencia y que tipo de actividades

Listado de Medicaciones:

¿Está Ud. Tomando alguna medicación? ___ Si ___ No
Si la respuesta es afirmativa, detállela a continuación:

Table with columns: Medicación, Dosis, Frecuencia. Includes multiple blank rows for patient input.

Lista provista por el paciente _____
PT Initial

Alergias:

¿Tiene Ud. alergias? ___ Si ___ No
Si la respuesta es afirmativa, detállelas a continuación

¿Toma Ud. Alguna medicina de mostrador o suplementos?
_____ Si _____ No
Si la respuesta es afirmativa, detállelas a continuación

Historia Médica

Marque si alguna vez tuvo cualquiera de las siguientes condiciones:

- Enfermedades infecciosas (tuberculosis, hepatitis)
Artritis
Trastornos de la sangre Problemas Renales
Fracturas Oseas Bajo nivel de azúcar en sangre/hipoglucemia
Cáncer Problemas pulmonares
Problemas circulatorios/ vasculares Esclerosis Múltiple
Depresión o trastornos psicológicos Distrofia Muscular
Trastornos del crecimiento o del desarrollo Parkinson
Diabetes/Alto nivel de azúcar en sangre Infecciones Reiteradas
Desordenes Nutricionales Lesiones de la cabeza
Derrame cerebral Problemas cardíacos
Problemas en la Tiroides Presión Sanguínea Alta
Trastornos estomacales Otro: _____

¿Tiene Ud. Metal en su cuerpo? ___ Si ___ No
Si la respuesta es afirmativa, explique:

¿Tiene Ud. un Marcapasos? ___ Si ___ No

Therapist Signature: _____



PHYSICAL THERAPY ASSESSMENT

PHYSICAL THERAPY PATIENT/CLIENT MANAGEMENT

Apellido y Nombre: _____ Fecha de Nac: _____ Dr: _____ Fecha : _____

Para Hombres solamente:

¿Ha sido Ud. diagnosticado con trastornos en la próstata?
_____ Si _____ No

Para mujeres solamente:

¿Ha sido Ud. diagnosticada con?:
Enfermedad Pelviana Inflamatoria
_____ Si _____ No

Endometriosis
_____ Si _____ No

Problemas con su período
_____ Si _____ No

Complicaciones en partos
_____ Si _____ No

¿Esta Ud. embarazada o piensa que puede estarlo?
_____ Si _____ No

¿Ha tenido alguna cirugía? _____ Si _____ No

Si la respuesta es afirmativa, describa e incluya fechas:

Mes / Año

_____/_____/_____
_____/_____/_____
_____/_____/_____
_____/_____/_____

Dentro del último año, ha tenido Ud. alguno de los síntomas detallados a continuación:

- Problemas Intestinales, Dolor en el pecho, Problemas de Coordinación, Tos, Dificultad para dormir, Dificultad para tragar, Dificultad para caminar, Mareos o desvanecimientos, Fiebre/escalofríos/sudores, Dolores de Cabeza, Ronquera, Dolor o hinchazón en la articulación, Pérdida del apetito, Pérdida del equilibrio, Náusea/Vómitos, Dolor en la noche, Falta de aliento, Problemas urinarios, Problemas en la visión, Debilidad en brazos o piernas, Pérdida/Ganancia de peso, Problemas auditivos, Palpitaciones del corazón, Otro: _____

Dentro del último año, ¿ha realizado Ud. alguno de los estudios médicos detallados a continuación?

- Angiograma, Artroscopia, Biopsia, Análisis de sangre, Gammagrafía ósea, Broncoscopia, Tomografía computada, Ecografía Doppler, Ecocardiograma, EEG (Electroencefalograma), EKG (Electrocardiograma), EMG (electromiograma), Mamograma, Resonancia magnética, Mielograma, NCV (estudio de conducción nerviosa), Papanicolaou, Test de función pulmonar, Punción de Médula Ósea, Análisis de materia fecal, Examen de Esfuerzo, Análisis de Orina, Rayos X

Limitaciones actuales (Marque todas las que aplican)

- Dificultad subiendo o bajando de la cama, Dificultad en traslados (ej. de la cama a silla o de la cama al commode), Dificultad para caminar, Sobre superficie nivelada en escaleras, En rampas sobre superficie desnivelada, Dificultad para vestirse, bañarse, comer o ir al baño, Dificultad para realizar los quehaceres del hogar, las compras, manejo del carro, etc., Dificultad para realizar las actividades de la vida diaria, Dificultad en tareas en el trabajo o escuela, Dificultad en actividades recreativas o deportivas

Historia de su problema/s actual/es

¿Cuándo comenzó su problema(s) físico(s)? ____/____/____
¿Como le sucedió?

¿Ha tenido Ud. Este mismo problema(s) con anterioridad?
_____ Si _____ No

¿Cómo fue tratado su problema(s) anterior(es)?

¿Se mejoró de su problema(s) anterior(es)?
_____ Si _____ No

¿Cuánto tiempo el problema(s) lo aquejó?

¿Que ha hecho Ud. con respecto a este problema(s)?

¿Qué es lo que empeora su problema(s) actual(es)?

¿Cuáles son las actividades que podía realizar antes de este problema y ahora no? (Por favor, sea lo más específico posible, ej. "no puedo llegar a tocar lo alto de mi cabeza")

Therapist Signature: _____



PHYSICAL THERAPY ASSESSMENT PHYSICAL THERAPY PATIENT/CLIENT MANAGEMENT

Apellido y Nombre: _____ Fecha de Nac: _____ Dr: _____ Fecha : _____

¿Cuáles son los objetivos que desearía lograr con la Terapia Física?

¿Ha Ud. consultado con otro profesional por su dolencia (s)?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Acupunturista | <input type="checkbox"/> Terapeuta Ocupacional |
| <input type="checkbox"/> Cardiólogo | <input type="checkbox"/> Médico Ortopédico |
| <input type="checkbox"/> Quiropráctico | <input type="checkbox"/> Médico Osteópata |
| <input type="checkbox"/> Dentista | <input type="checkbox"/> Médico Pediatra |
| <input type="checkbox"/> Médico de Familia | <input type="checkbox"/> Médico Podiatra |
| <input type="checkbox"/> Internista | <input type="checkbox"/> Médico de Cabecera |
| <input type="checkbox"/> Masajista | <input type="checkbox"/> Reumatólogo |
| <input type="checkbox"/> Neurólogo | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Ginecólogo | <input type="checkbox"/> Fonoaudiólogo |

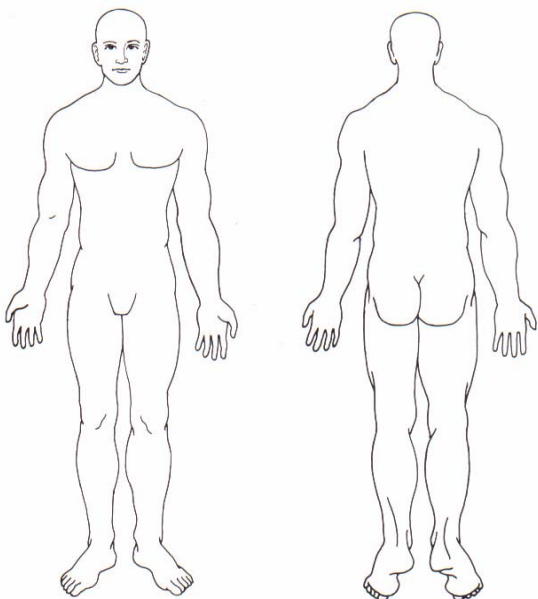
Empty box for notes or observations.

Es importante que contemos con una medida de su dolor. Por favor, otorgue un valor a su dolor en la siguiente escala.

Actual:	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Mejor:	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Peor::	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

sin dolor	dolor moderado	extrema agonía
-----------	----------------	----------------

Por favor, marque las áreas donde siente dolor.



Defina, en sus propias palabras, que expresión se acerca más al tipo de molestia que siente actualmente.

Empty box for notes or observations.

Empty box for notes or observations.

Therapist Signature: _____



PHYSICAL THERAPY ASSESSMENT
PHYSICAL THERAPY PATIENT/CLIENT MANAGEMENT

Apellido y
Nombre: _____

Fecha de
Nac: _____

Dr: _____

Fecha : _____

Therapist Signature: _____