

SYNERGY PHYSICAL THERAPY
Formulario de historial médico

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Doctor de referencia: _____ Fecha de inicio / lesión: _____

Médico de atención primaria: _____

Fecha de la próxima cita médica: _____

Razón para asistir a la fisioterapia: _____

¿Ha sido recientemente hospitalizado? Y N

¿Has sido hospitalizado recientemente? Y N Si es así, ¿cuándo / dónde? _____

¿Ha tenido terapia física previa o atención quiropráctica durante este año calendario? Y N

¿Si sí donde? (un círculo): Hospital Centro ambulatorio Salud en el hogar

Cuántas visitas recibió / por cuánto tiempo fue el tratamiento? _____

Medicamentos actuales: _____

Alergias: _____

Pacientes de Medicare: Peso: _____ Altura: _____

Por favor, marque cualquiera de las condiciones que ha tenido o tiene ahora:

- | | | | |
|-----------------------------------|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Marcapasos |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Alta presión sanguínea | <input type="checkbox"/> Respiratorios |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Mareos / desmayos | <input type="checkbox"/> Problemas de riñón | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Cardíaco | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Implantes de metal | <input type="checkbox"/> Tiroides |

Cualquier otra condición médica.: _____

Estás embarazada actualmente? Y N N/A En caso afirmativo, _____ Semanas / Meses

Firma del paciente: _____

Firma del terapeuta: _____