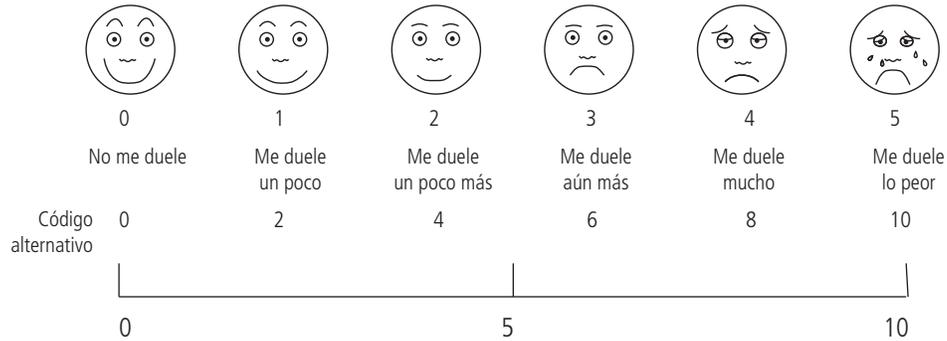
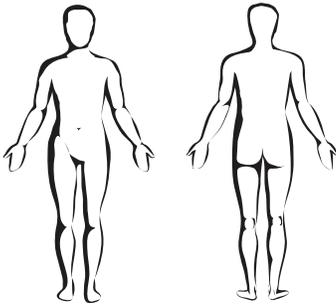


Por favor indique su nivel actual de dolor trazando una (X) en la línea o la cara siguientes.



Indique en los diagramas del cuerpo donde se ubican sus síntomas:

X – Dolor /// - Entumecimiento



Instrucciones: Por favor marque cualquiera palabra que describa su dolor

- Palpitante
- Calambres
- Sordo
- Hormigueo
- Cólico
- Persistente
- Pesado
- Entumecimiento
- Punzante
- Caliente/Ardiente
- Sensible
- Agudo
- Intenso
- Penetrante

¿Qué alivia su dolor? _____

¿Qué empeora su dolor? _____

Es su dolor: constante intermitente fluctuante

Cuéntenos acerca de su condición

¿Por qué le han referido a la terapia? _____

¿Cómo y Cuándo ocurrió su problema? _____

¿Cuáles limitaciones ha tenido por su problema? _____

Cuéntenos sobre sus circunstancias

Condiciones de trabajo

¿Cuál es su trabajo y cuales son sus responsabilidades? _____

¿Servicio completo o servicio restringido? _____

¿Cuántos días de trabajo ha perdido? _____

Condiciones de vida

¿Tiene su casa?: escaleras rampas terreno irregular equipo de adaptación
 ducha / bañera en que pueda caminar cualquier obstáculo

¿Tiene un dispositivo de asistencia? _____

¿Vive sólo? Sí No ¿Puede conducir? Sí No

Hábitos sociales

Fuma: _____

Alcohol: _____

Ejercicio: _____

Evaluación del estado de salud

GRH GRHCW

Por favor complete el otro lado



Cuéntenos sobre su historia médica

Historia médica personal									
Cáncer <i>tipo:</i>	S	N	Problemas vasculares / de la circulación	S	N		S	N	
Diabetes			Osteoporosis / Estopenia			Sólo para mujeres:			
Hipoglucemia			Osteoartritis (OA) / Gota			Embarazada			
Problemas del corazón			Artritis reumatoidea (AR)			Embarazo planeado			
Hipertensión / PA alta			Fiebre reumática / escarlata			Cualquier forma de control de natalidad			
Enfermedad neurológica			Fibromialgia			Problemas ginecológicos			
Apoplejía			Síndrome de dolor miofascial			Hinchazón de los brazos o las piernas			
Epilepsia / convulsions			Enfermedad infecciosa			Aumento/reducción del pecho			
Herida en la cabeza / conmoción cerebral			Desórdenes de la sangre						
Problemas con el riñón			Infecciones repetidas			Sólo para hombres:			
Problemas con los intestinos o la vejiga			Trastornos de la piel o heridas			Enfermedad de la prostata			
Problemas con el hígado			Problemas de desarrollo o crecimiento			Problemas testiculares			
Hepatitis / Ictericia			Huesos quebrados / Fracturas			Hinchazón de los brazos o las piernas			
Úlceras / Problemas del estómago			Depresión/ Ansiedad						
Problemas respiratorios / del pulmón			Dependencia química (alcohol / drogas)						
Tuberculosis									
Problemas tiroidales			Alergias						
Desbalance metabólico			Otro:						

¿En el último mes, ha experimentado usted cualquier de los siguientes síntomas? (Marque todos que tenga.)

- | | | |
|---|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fatiga inusual | <input type="checkbox"/> Pérdida de peso inexplicable | <input type="checkbox"/> Desmayo |
| <input type="checkbox"/> Sudor inexplicable | <input type="checkbox"/> Sudores nocturnales | <input type="checkbox"/> Diarrea |
| <input type="checkbox"/> Mareo | <input type="checkbox"/> Náusea/Vómito | <input type="checkbox"/> Pálidez |
| <input type="checkbox"/> Fiebre/escalofríos | <input type="checkbox"/> Aumento de peso | <input type="checkbox"/> Otro |

Enumere sus cirugías y incluya fecha(s): _____

Enumere medicamentos (con o sin receta) _____

Enumere inyecciones si existen (para el dolor u otro): _____

Exámenes de diagnóstico (específicamente relacionados al problema actual) con fechas aproximadas:

Rayos X _____ Resonancia magnética _____ Tomografía TAC _____ Doppler _____ Otro _____

Ha recibido cuidado de Terapia Física o cuidado Quiropráctico en el pasado? Si sí, enumere las fechas aproximadas:

Fue efectivo? Sí No

Compromiso de asistencia

En el caso de una circunstancia imprevista, por favor trate de notificar el departamento de Servicios de Rehabilitación de Grand River Health con 24 horas de antelación. Es posible que las cancelaciones repetidas o la falta de presentación a las sesiones de terapia programadas pueda resultar en la discontinuación de servicios. Es la política del departamento que si un paciente no se presenta a la clínica por dos visitas programadas consecutivas sin una notificación del paciente, él o ella será dado el alta al cuidado de su médico.

Yo he leído, entiendo y acepto la normativa declarada arriba.

Firma del paciente

Fecha

Evaluación del estado de salud

GRH GRHCW

Nombre: _____

Fecha _____/_____/_____

mm / dd / aa

Aquí están algunas cosas que otros pacientes nos han dicho sobre el dolor que sienten. Para cada declaración, por favor, dibuje un círculo alrededor del número de 0 a 6 para indicar cuánto afectaría su dolor de espalda actividades físicas como inclinarse, levantar pesas, caminar o conducir.

	Totalmente en desacuerdo		Inseguro				Totalmente de acuerdo	
1. Mi dolor fue causado por actividad física.	0	1	2	3	4	5	6	
2. La actividad física empeora mi dolor.	0	1	2	3	4	5	6	
3. La actividad física podría dañar mi espalda.	0	1	2	3	4	5	6	
4. No debo hacer actividades físicas que podrían empeorar mi dolor.	0	1	2	3	4	5	6	
5. No puedo hacer actividades físicas que podrían empeorar mi dolor.	0	1	2	3	4	5	6	

Las siguientes declaraciones describen cómo afecta o afectaría su dolor de espalda su trabajo normal.

	Totalmente en desacuerdo		Inseguro				Totalmente de acuerdo	
6. Mi dolor fue causado por mi trabajo o por un accidente en el trabajo.	0	1	2	3	4	5	6	
7. Mi trabajo exasperaba mi dolor.	0	1	2	3	4	5	6	
8. Tengo una reclamación de indemnización por mi dolor.	0	1	2	3	4	5	6	
9. Mi trabajo es demasiado pesado para mí.	0	1	2	3	4	5	6	
10. Mi trabajo empeora o empeoraría mi dolor.	0	1	2	3	4	5	6	
11. Mi trabajo podría dañar mi espalda.	0	1	2	3	4	5	6	
12. No debo llevar a cabo mi trabajo regular con mi dolor actual.	0	1	2	3	4	5	6	
13. No puedo llevar a cabo mi trabajo normal con mi dolor actual.	0	1	2	3	4	5	6	
14. No puedo llevar a cabo mi trabajo normal hasta que mi dolor reciba tratamiento.	0	1	2	3	4	5	6	
15. No creo que pueda volver a mi trabajo normal dentro de tres meses.	0	1	2	3	4	5	6	
16. No creo que pueda volver a ese trabajo nunca.	0	1	2	3	4	5	6	