



ROC Centro de Terapia

Cuestionario Medico de Paciente

Nombre de Paciente: _____ Fecha: _____

Historia Social:

Ocupación: _____ Estas empleado? () Si () No

Requisitos del Trabajo:

Restricciones en el trabajo? () Si () No Cuales son? _____

Trabajaste antes que herirte? () Si () No

Como clasificarías tu hogar?

() Casa de Familia

() Apartamento

() Vivienda de Ayuda

() Casa de Retiro

Cual de los siguientes cosas se encuentran en tu casa?

() Escaleras con carriles; Cuantas escaleras para entrar a la casa? ____

() Escaleras sin carriles

() Rampa

() Ascensor

Vives solo? () Si () No

Puedes manejar? () Si () No

Sigues alguna rutina de ejercicios? () Si () No

Si respondes sí, que clase de programa sigues y con cuanta frecuencia?

La siguiente información es necesaria para mejor calidad de su tratamiento, que recibes durante tu cita de terapia. Por favor responde a todas las preguntas.

Una enfermera o terapeuta ha ido a tu casa/lugar de residencia para darte tratamiento de uno de las siguientes razones:

a) Bañar () Si () No

b) Vestir () Si () No

c) Cuidado de Herida () Si () No

d) Ejercicios () Si () No

e) Otra Razón () Si () No

Hay alguien quien todavía te visita en tu casa por una de las razones mencionada? () Si () No

Si respondes si, quien _____?

Por favor marca la condición médica que aplica para ti.

Enfermedad del Corazón	Asma	Depresión
Diabetes	Enfermedad de Sangrar	Hueso Partido
Problemas de Visión	Epilepsia/Ataque Cerebral	Reemplazo de Articulación
Problemas de Escuchar	Hepatitis	Amputación del Brazo
Presión Alta	HIV/SIDA	Sobrepeso, Obesidad
Alergias	Artritis	Demencia
Otra:		

Has tenido alguna terapia previa antes que hoy por tu condición? () Si () No
 Si, cuando? _____ Cuando tiempo? _____

Por favor marca las siguientes actividades que han estado afectados por tu condición presente

Posiciones:

- () Sentarse
- () Trabajar en el computador
- () Pararse
- () Acostarse en el estomago
- () Acostarse en la espalda
- () Acostarse en el lado derecha
- () Acostarse en el lado izquierdo

Manejando:

- () Abrir y cerrar la puerta del automóvil
- () Dar vuelta al timón
- () Doblar la cabeza/cuello
- () Controlar el cambio
- () Abrocharse el cinturón de seguridad
- () Entrar/Salir del automóvil
- () Prender el automóvil

Higiene Personal:

- () Afeitarse
- () Cepillar los dientes
- () Peinar/Secar el cabello
- () Bañarse
- () Poner desodorante
- () Pisar en la ducha/tina
- () Transferirse en el lino doro

Caminando:

- () Caminar
- () Subir Escaleras
- () Bajar escaleras
- () Subir y bajar un bordillo

Vestir:

- () Poner/Quitar la camisa
- () Poner medias/zapatos
- () Poner el brassiere (si aplica)

Coordinación:

- () Escribir
- () Coser
- () Abotonar camisas y pantalones

Levantar:

- () Agacharse al piso
- () Levantar del piso hasta nivel de cintura
- () Levantar sobre el nivel de la cabeza
- () Cargar un galón de leche/agua
- () Levantar/Cargar niños
- () Levantar un vaso o plato

Actividades de la Casa:

- () Barrer
- () Pasar la aspiradora
- () Meter/sacar platos de la lavaplatos
- () Lavandería
- () Trapear
- () Sacudir
- () Cocinar

Jardinería:

- () Cortar la césped
- () Cultivar el jardín
- () Rastrillar
- () Barrer

Otra:

- () Abrir la puerta

ESCALA DE DOLOR:

Queremos que nos informe de tu dolor usando una escala de 0 a 10.
Te vamos preguntar tu nivel de dolor antes, durante, y después que tu tratamiento.

0 = SIN DOLOR / 10 = PEOR DOLOR DE TU VIDA o si sientes que tienes que ir a la sala de emergencia.

Pon un circulo en el nivel de dolor **AHORA:**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Que es lo **MEJOR** que el dolor se ha sentido durante las ultima dos semanas?

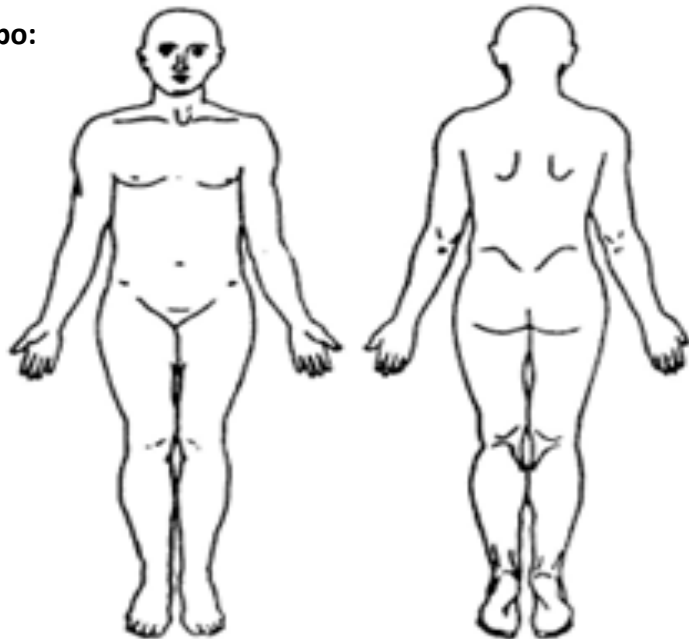
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Que es lo **PEOR** que el dolor se ha sentido durante las ultima dos semanas?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Marca tus síntomas en el diagrama del cuerpo:

Dolor Severo	XXXXXXXX
Dolor Moderado	//////////
Hormigueo	+++++++
Entumecido	OOOOOO
Dolor que Punza	-----



Que tan severo esta tu dolor?

Pon un circulo en el número que mas describe tu dolor: 0 = sin dolor y 10 = el peor dolor posible.

A lo peor?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Cuando te acuestas en el lado afectado?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Alcanzando algo en una repisa alta?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Tocando la parte atrás del cuello?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Empujando con el brazo afectado?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Escala De Función

Por favor marca el nivel de dificultad que tienes para hacer las siguientes actividades:

Nivel de Dificultad	Sin Dificultad	Poca Dificultad	Dificultad Moderada	Dificultad Severa	No Puedo
Lavarte el cabello?					
Lavarte la espalda?					
Vestirte una camisa?					
Vestirte una camisa o blusa con botones?					
Vestirte los pantalones?					
Poner un objeto en una repisa alta?					
Cargar un objeto pesado más de 10 libras?					
Sacando un objeto del bolsillo atrás del pantalón?					

Firma de Paciente: _____ Fecha: _____