

Departamento de Rehabilitación

Nombre: _____ **Edad:** _____ **Trabajo:** _____ **Fecha:** _____

Estado civil: S/C/D/V **Domicilio:** ¿Uno o dos plantas? ____ **N° de peldaños de escalera para entrar:** ____
¿Usa dispositivo de ayuda? Bastón/ /Andadera /Muletas/Otro _____

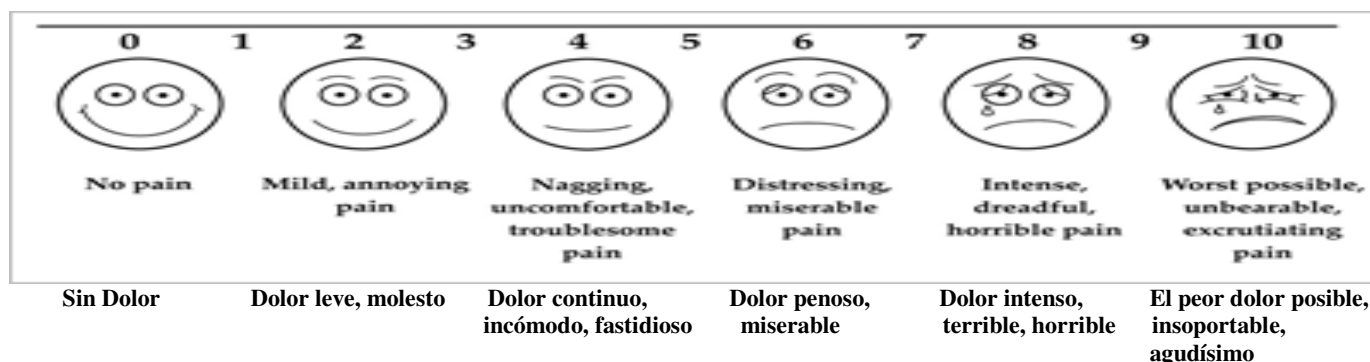
Alergias: Anote todo medicamento al cual es alérgico _____
¿Tiene sensibilidad al látex? Sí No

Favor de marcar con (√) todos que le atienden actualmente:

- | | | |
|--------------------------------|-----------------------|--------------------------------------|
| ____ Doctor de Medicina (MD) | ____ Psiquiatra | ____ Psicólogo/ Trabajador Social |
| ____ Doctor de Osteopatía (DO) | ____ Terapeuta Físico | ____ Terapeuta Ocupacional/del Habla |
| ____ Dentista | ____ Quiropráctico | Otro _____ |

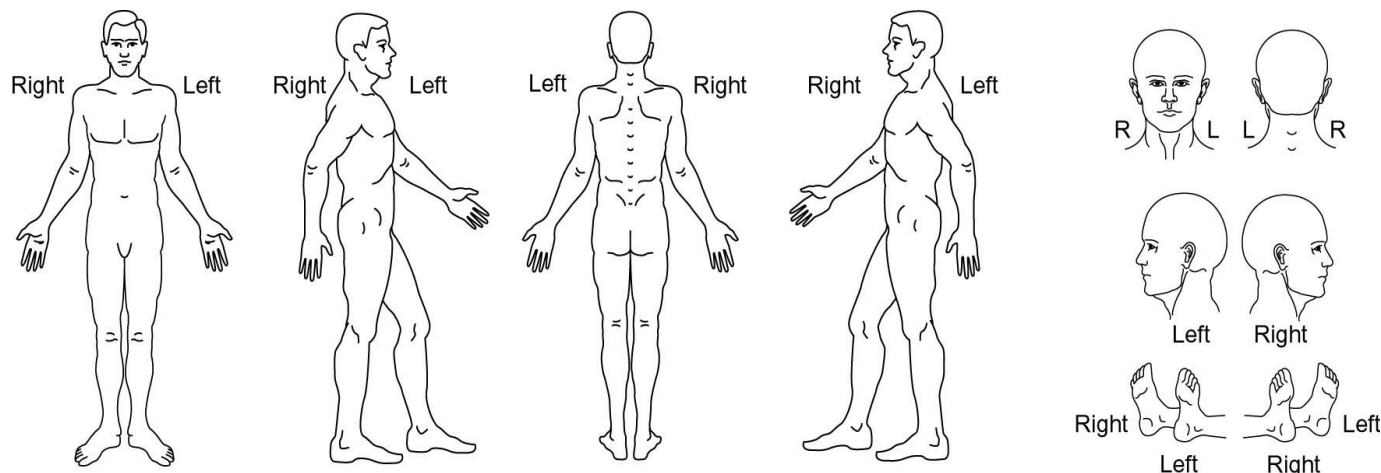
Si alguno(s) de los profesionales arriba le hayan atendido durante los últimos 3 meses, favor de escribir las razones (enfermedad, heridas, reconocimiento físico etc.):

Si tiene dolor, favor de indicar en la escala 0-10 más abajo el nivel de dolor que sufre:



Favor de indicar en el/los esquema(s) más abajo dónde están situados sus síntomas:

[Right = Derecho; Left = Izquierda]



¿Le han diagnosticado alguna vez cualquier de las afecciones siguientes?

- | | | | |
|-------|----------------------------------|-------|-----------------------------|
| Sí No | Cáncer | Sí No | Epilepsia |
| Sí No | Presión arterial alta | Sí No | Osteoartritis |
| Sí No | Enfermedad/problemas del corazón | Sí No | Artritis reumatoide |
| Sí No | Problemas de circulación | Sí No | Otras afecciones artríticas |
| Sí No | Derrame cerebral | Sí No | Esclerosis múltiple |
| Sí No | Asma | Sí No | Enfisema/Bronquitis crónica |
| Sí No | Farmacodependencia | Sí No | Enfermedad de Lyme |
| Sí No | Problemas del tiroides | Sí No | Enfermedad del hígado |
| Sí No | Diabetes | Sí No | Tuberculosis |
| Sí No | Enfermedad del riñón | Otra: | _____ |
| Sí No | Anemia | | |

Sólo para mujeres: ¿Está embarazada o es posible que esté embarazada? **Sí No**

Favor de anotar las cirugías u otras afecciones por las cuales le hospitalizaron.

	Razón	Fecha
1.	_____	_____
2.	_____	_____
3.	_____	_____

Favor de anotar las heridas importantes por las cuales recibió atención médica.

	Razón	Fecha
1.	_____	_____
2.	_____	_____
3.	_____	_____

Favor de anotar todo medicamento recetado que toma actualmente.

- | | | |
|----------|----------|----------|
| 1. _____ | 2. _____ | 3. _____ |
| 4. _____ | 5. _____ | 6. _____ |

¿Cuáles de los siguientes medicamentos sin receta ha tomado durante las últimas dos semanas?

- | | | | |
|--------------|----------------------------|--------------|------------------------------------|
| Sí No | Aspirina | Sí No | Antihistamina |
| Sí No | Tylenol (acetaminofen) | Sí No | Descongestionante |
| Sí No | Advil / Motrin / Ibuprofen | Sí No | Antiácidos |
| Sí No | Laxante | Sí No | Vitaminas / Minerales/ Suplementos |
- Otro: _____

¿Ha notado recientemente?

- | | | | |
|--------------|-------------------------|--------------|-----------------------------|
| Sí No | Pérdida/Aumento de peso | Sí No | Debilidad |
| Sí No | Náuseas | Sí No | Fiebre / Escalofríos /Sudor |
| Sí No | Cansancio | Sí No | Adormecimiento/ Hormigueo |

¿Cuántas bebidas con cafeína toma cada día? _____

¿Tiene una directriz anticipada (Declaración testamentaria, Orden de no resucitar, Poder para atención médica)? **Sí No**

¿Tiene marcapasos o desfibrilador? **Sí No**

¿Tiene historia personal de CAERSE? En caso de sí, ¿Cuántas veces se ha caído durante el año pasado? _____ durante el mes pasado? _____