



Hands On Hands Rehabilitation Center, Inc.

Cuestionario de historia de la salud

Fecha: _____

Todas las preguntas contenidas en este cuestionario son estrictamente confidenciales y formarán parte de su expediente médico.

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ (Mes / Día / Año)

¿Está usted actualmente recibiendo tratamientos de rehabilitación con?:

Terapia Física Terapia Ocupacional La Logopedia. Servicios de Salud en el Hogar

¿Ha tenido o tiene actualmente alguna de las siguientes?:

Cáncer Convulsiones Embarazada (actual)
 Diabetes Enfermedad de Parkinson Marcapasos
 MS Problemas de corazón Fibromialgia
 Cirugías: _____ Huesos Rotos
 Otros (cualquier cosa que pueda ser pertinente en su historial de salud): _____

Si la respuesta a cualquiera de los anteriores, por favor explique: _____

Por favor anote cualquier alergia: _____

Hábitos y personal de salud; Seguridad:

Cafeína: Ninguno Café Té Cola # de tazas / latas por _____ day

BMI

Estatura: _____ (_____ en del.) Peso: _____

¿Con qué frecuencia consume alcohol?

Nunca Mensual 2-4 X Mes sem. 2-3 x Mes Sem. 4/más x sem.

De bebidas por día: 1-2 3-4 5-6 7 -9 10 o más

¿Con qué frecuencia usted tiene 6 o más bebidas en una ocasión?

Nunca. Menos de una vez al mes Semanal Mensual Casi a diario

¿Fuma tabaco? No Sí Mastique # por día: _____

¿Has pensado en dejar de fumar? _____ ¿Qué le impide dejar de fumar? _____



Hands On Hands Rehabilitation Center, Inc.

Los pacientes Medicamentos Historia

Los medicamentos que toma son una parte de su información de salud . Por favor , rellene este formulario (o pida a su cuidador completarlo) y hable con su terapeuta. Si necesita más espacio para enumerar sus medicamentos, escribir en el reverso de este formulario.

Nombre: _____ Fecha De Nacimiento: _____ Fecha: _____

ALERGIAS :

| Nombre de la sustancia | Tipo de Reacción |
|---|------------------|
| <input type="checkbox"/> Compruebe si Ninguno | |
| | |
| | |

¿Es usted reacciona al látex o de goma (guantes, globos , etc.) con una erupción, sibilancias, etc ? Sí No

Sólo para pacientes de sexo femenino : ¿Está embarazada? Sí No

¿Está considerando quedar embarazada ? Sí No

¿Está amamantando ? Sí No

MEDICAMENTOS ACTUALES:

| Medicamentos Recetados | Fuerza (tal como 50 mg) | Instrucciones (tales como 2 comprimidos por la a.m.) Marque la casilla si se toma según sea necesario | PRN | Prescrito por el médico (nombre) |
|---|----------------------------|--|-----|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Compruebe si Ninguno | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Más de los medicamentos : (como aspirina)

| Medicación | Fuerza (tal como 50 mg) | Instrucciones (tales como dolores de cabeza , tomada según sea necesario - PRN) |
|---|----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Compruebe si Ninguno | | |
| | | |
| | | |

Hierbas, Vitaminas , Minerales, Suplementos : (como St. Johns Wart , Omega)

| Nombre de Suplementos | Fuerza (tal como 50 mg) | Instrucciones (tales como dolores de cabeza , tomada según sea necesario - PRN) |
|---|----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Compruebe si Ninguno | | |
| | | |
| | | |