



PIC PHYSICAL THERAPY QUESTIONNAIRE

Nombre: _____ Fecha: _____
Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____
de Telefono: _____ # celular: _____ Fecha de nacimiento: _____
SS#: _____ Nombre de la compania: _____
Estas trabajano? Si ___ No ___ Si no, por cuanto tiempo no has trabajado? _____
Como supiste de esta clinica? _____

HISTORIA MEDICA: Ha tenido usted lo siguiente?

<input type="checkbox"/> Estas Embarazada	<input type="checkbox"/> Fracturas
<input type="checkbox"/> Problemas del corazon	<input type="checkbox"/> Diabetes/Hypoglicemia
<input type="checkbox"/> Perdida de la sensibilidad	<input type="checkbox"/> Presion Alta
<input type="checkbox"/> Problemas Respiratorios (ASMA)	<input type="checkbox"/> Implantes de metal o plastico
<input type="checkbox"/> Cirugias	<input type="checkbox"/> Convulsiones
<input type="checkbox"/> HIV/SIDA	<input type="checkbox"/> Tumor/Cancer
<input type="checkbox"/> Problemas par aver o escuchar	

Si responde si, explique: _____

Es usted alergico a algo? _____

Cuales exámenes ha tenido?

<input type="checkbox"/> Rayos x	Fecha: _____
<input type="checkbox"/> Resonancia Magnetica (MRI)	Fecha: _____
<input type="checkbox"/> Tomografia	Fecha: _____
<input type="checkbox"/> Electromiografia	Fecha: _____
<input type="checkbox"/> Arthrogram	Fecha: _____

Por favor escribe cualquier cirugia con la fecha _____

Que tipo de ejercicio haces?

___ Fuerte ___ Moderado ___ Lento ___ Nada

EVALUACION DEL DOLOR:

De 0-10 (con 10 siendo lo peor), que numero le das a su dolor?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Marque con un circulo)

Con que frecuencia sientes sus sintomas?

___ Constante (76-100% del tiempo) ___ Frecuente (51-75% del tiempo)
___ De vez en cuando (26-50% del tiempo) ___ Intermitente (1-25% del tiempo)

Con que frecuencia sientes entumecimiento/hormigueo?

- Constante (76-100% del tiempo) Frecuente (51-75% del tiempo)
 De vez en cuando (26-50% del tiempo) Intermitente (1-25% del tiempo)
 Nunca (0% del tiempo)

Cuanto tiene el problema interfiriendo con su trabajo?

- Nada Un poco Moderado Mucho Extremadamente

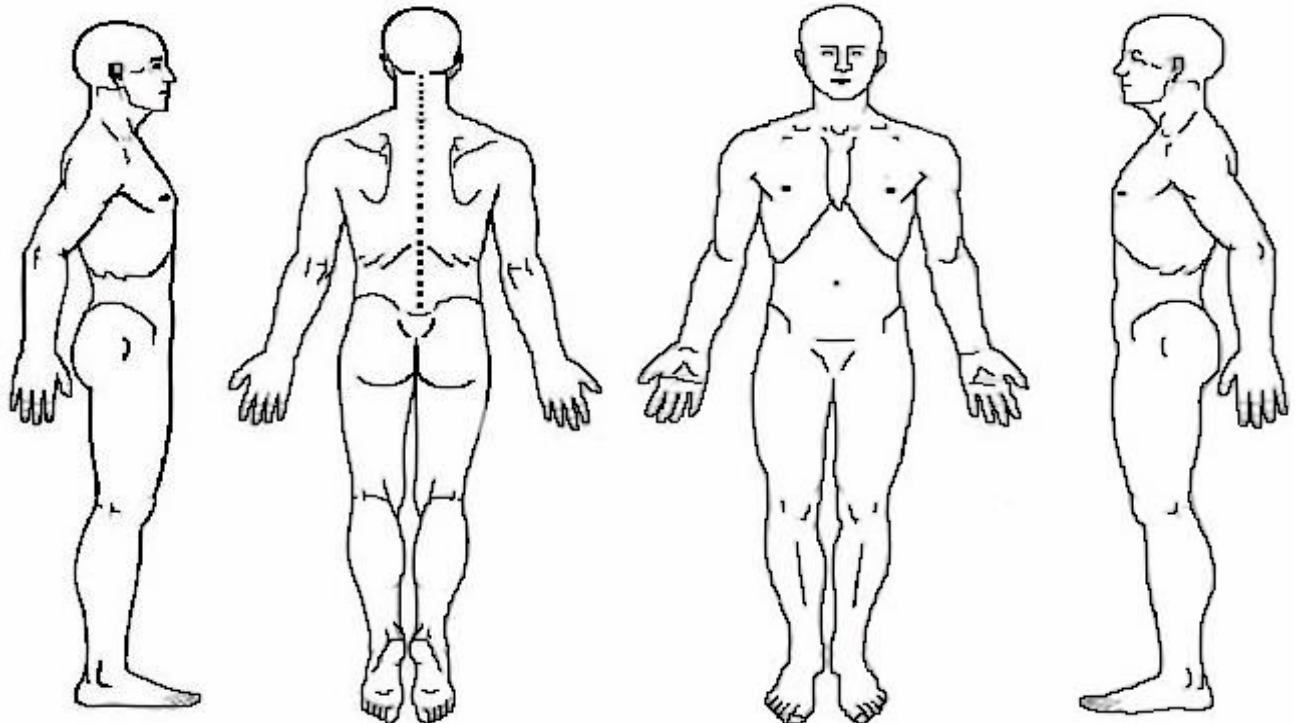
Cuanto tiene el problema interfiriendo con las actividades de su casa/sociales?

- Nada Un poco Moderado Mucho Extremadamente

Que hace que sus sintomas empeoren? _____

Que te tiene mas preocupado de sus problema? Que le impide hacer?

En la figura abajo, ponga un circulo en la area donde sientes dolor hoy.
Marque con un "X" para demostrar donde sientes entumecimiento y hormigueo.



Yo autorizo el tratamiento y el procedimiento que sera llevada a cabo por el personal de terapia fisica..

Firma: _____