

**PHYSICAL THERAPY PLUS  
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? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

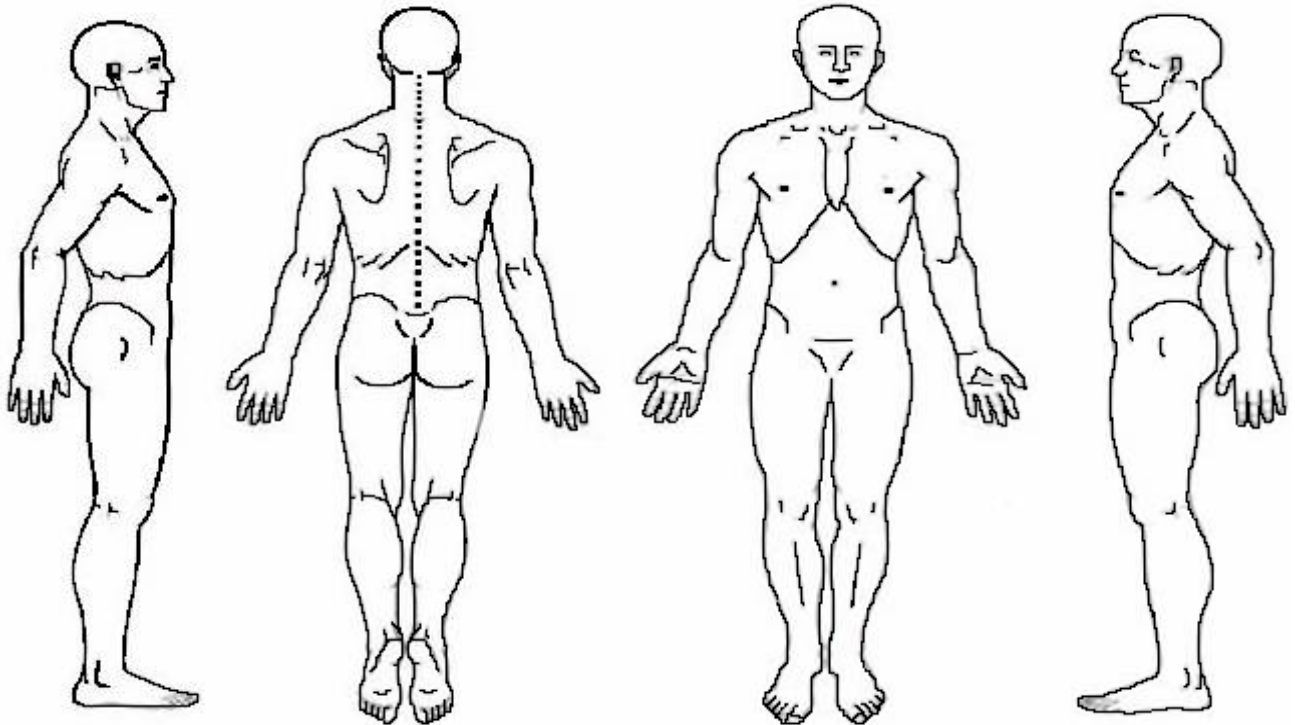
Que te tiene mas preocupado de sus problema? Que le impide hacer?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_