

Nombre: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Fecha de hoy _____

Formulario de Evaluación Inicial

1. Queja principal (motivo de su visita de hoy): _____

2. ¿Cuándo empezó?: _____ Esta: __Mejorando __Empeorando __Esta igual

3. ¿Cómo empezó?:

__Accident de vehiculo __ Lesiones de trabajo __ Lesion Deportivas/Relacionadas con el Ejercicio

__Cirugía __ Causa desconocida __Enfermedad crónica

__ Otro (Explique brevemente): _____

4. ¿Qué **aumenta** los síntomas?:

__ Sentado __ En pie __ Andar __ Acostado __ Levantar __ Doblarse __ Al rodillarse

__ Alcanzar __ Tocer/Estornudar __ Estrés/Ansiedad __ Correr/Saltar

__ Otro: _____

5. ¿Qué **disminuye** tus síntomas?:

__ Sentarse __ En pie __ Caminar __ Acostarse __ Masaje __ Calor __ Hielo __ Medicación

__ Otro: _____

6. ¿Su sueño se ve alterado debido al dolor? Sí o no

(En caso que si, explique) _____

7. ¿Le han hecho alguna prueba o diagnóstico por imágenes recientemente (en los últimos 3 meses)?

__ Radiografías __ MRI __ CT de rayos X __ EMG __ Escaneo de huesos __ Examen de sangre __ Ultrasonido

__ Otro: _____

8. ¿Ha recibido algún tratamiento para este problema? (En caso afirmativo, por favor enumere):

9. ¿Tiene un marcapasos o algún implante metal? Sí o no

10. Mencione las cirugías (incluida la fecha aproximada): _____

11. Enumere los **medicamentos recetados**: _____

12. ¿Le han diagnosticado alguna de las siguientes afecciones (marque con un círculo todas las que correspondan)?:

Artritis	Problemas de equilibrio	Problemas intestinales/de vejiga	Afección cardíaca
Afección pulmonar	Cáncer	Depresión/ansiedad	Diabetes
Mareos/Desmayos	Epilepsia/Convulsiones	Presión alta	VIH/SIDA
Accidente cerebrovascular		Problemas de visión	Problemas de la mandíbula
Embarazo (actual)	Osteoporosis	Infección (actual)	
Otro: _____			

13. Consumo de tabaco: __ Nunca/Poco frecuente __ Previamente pero lo deje __ Actualmente paquete/día: _____

14. Consumo de alcohol: __ Nunca __ Rara la vez __ Moderado (2-4 bebidas por semana) __ Diario

Nombre: _____

15. Uso de cafeína: __Cafe __Te __Sodas (Bebidas al día: _____)
16. Ejercicio: __Nunca __Rara vez __Semanal __Diario (Tipo de ejercicio: _____)
17. Empleo: __Trabajando normal __Actualmente trabajo ligero __Actualmente no estoy trabajando
__Jubilado

Título del trabajo: _____ Demandas físicas: __Sedentario/ __Ligero __Mediano __Pesado

18. ¿Qué actividades son difíciles para usted debido a su queja de dolor (marque con un círculo todas las que correspondan)?:

Sentado, Parado, Caminando, Alcanzando, Levantando, Empujando, Tirando, Llevando, Durmiendo,

Other: _____

Limitaciones/Restricciones de Trabajo: _____

19. Evaluación del dolor:

****Círcule el número que representa su nivel de dolor en su mejor momento y en el peor en los últimos días:**

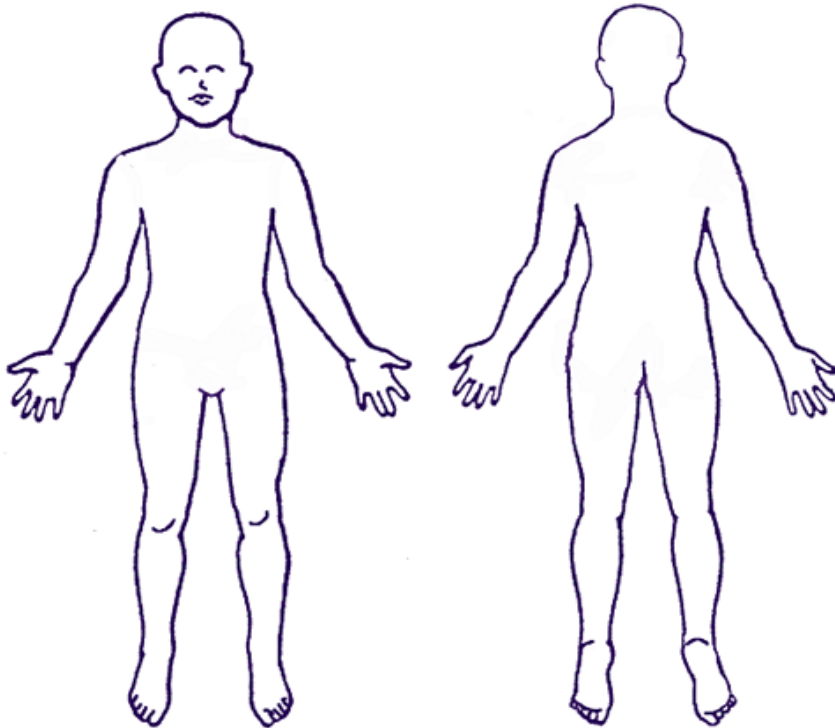
El dolor en el peor momento:

(Sin dolor) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Requiere ER)

Dolor en el mejor momento:

(Sin dolor) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Requiere ER)

Por favor, marque: x Dolor, 0 Hormigueo, -- Entumecimiento



(Rellenado por el personal)

Vital Signs:

Height: BP:

Weight: HR:

SpO₂

Firma (o tutor/cuidador legal)

Fecha

Firma del terapeuta

Date