

## 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**

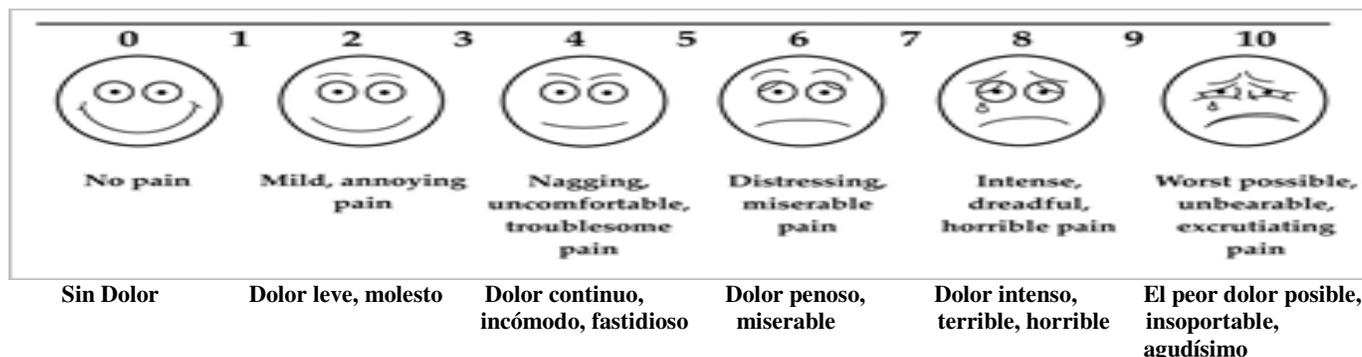
**Favor de marcar con (✓) todos que le atienden actualmente:**

- |                                                    |                                           |                                                          |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Doctor de Medicina (MD)   | <input type="checkbox"/> Psiquiatra       | <input type="checkbox"/> Psicólogo/ Trabajador Social    |
| <input type="checkbox"/> Doctor de Osteopatía (DO) | <input type="checkbox"/> Terapeuta Físico | <input type="checkbox"/> Terapeuta Ocupacional/del Habla |
| <input type="checkbox"/> Dentista                  | <input type="checkbox"/> 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.):**

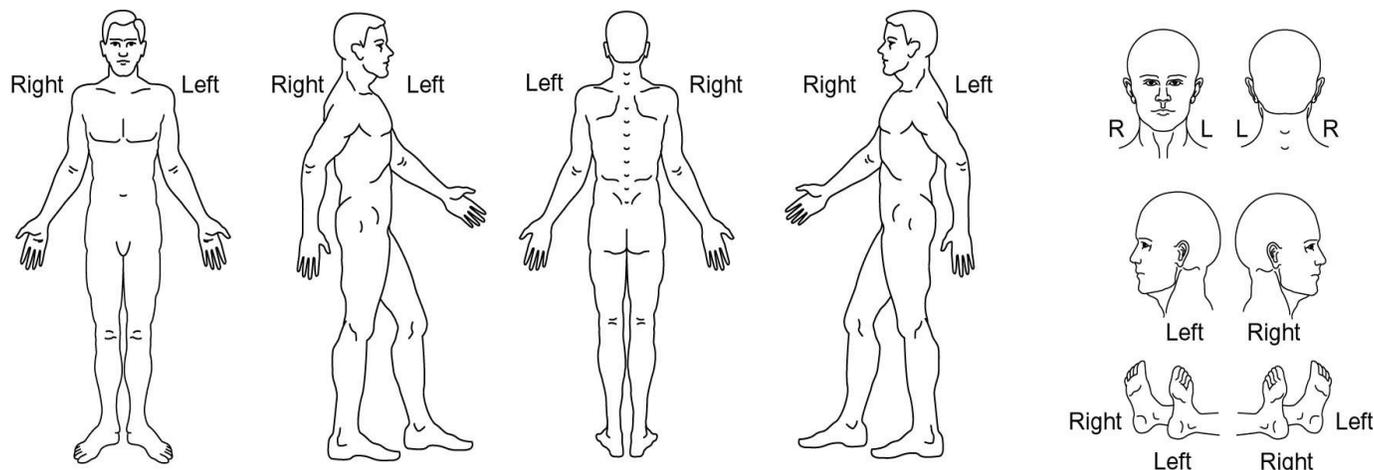
\_\_\_\_\_

**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? \_\_\_\_\_**