SCOTTSDALE HEALTHCARE®

Patient Label

FORMULARIO DE INGRESO A TERAPIA PARA PACIENTES EXTERNOS

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha: _____

Teléfono de casa: (____) _____ - _____ Teléfono celular: (____) _____ - _____

Email: _____ @ _____ Mejor manera de localizarlo: ☐ Casa ☐ Celular ☐ Email

Contacto de emergencia: _____ Número de teléfono: (____) _____ - _____

¿Cómo fue que eligió a Scottsdale Healthcare Outpatient Therapy? ☐ Lo recomendó un doctor ☐ Ha sido nuestro paciente anteriormente ☐ Lo recomendó un amigo ☐ Directorio telefónico/Internet ☐ _____

Doctor que lo refirió: _____ Doctor Primario: _____

Molestia principal: _____

Fecha de la lesión o de la aparición de los síntomas:
_____

¿Cómo se lastimó? _____

¿Ha tenido este tipo de lesión o se ha lastimado esta parte del cuerpo anteriormente? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es "Sí", ¿cuándo y cómo?
_____

¿ Ha recibido terapia física/ocupacional/del habla anteriormente? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es "Sí", ¿dónde y para qué?:_____

¿Le realizaron alguna cirugía? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es "Sí", mencione la fecha y el tipo de cirugía: _____

¿Tiene programada una cita de seguimiento con su doctor? ☐ Sí ☐ No Fecha: _____

Procedimientos que le realizaron: ☐ Radiografía ☐ Exploración por tomografía computarizada (CT Scan)

☐ Imagen por resonancia magnética (MRI) ☐ Otro _____

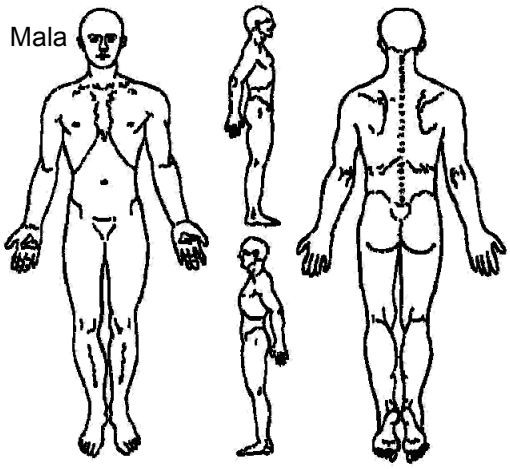
Resultado: _____

Por favor califique su salud en general: ☐ Excelente ☐ Buena ☐ Regular ☐ Mala

¿Siente dolor? ☐ Sí ☐ No

¿Cuánto dura el dolor? _____ horas p/día _____ días p/semana

Por favor indique en el dibujo el área en la que siente dolor:



30826S (01/10)

DTOPT

SCOTTSDALE HEALTHCARE®

Patient Label

En una escala del 0 al 10 (0 representa nada de dolor y 10 el peor dolor que se pueda imaginar), la cantidad de dolor es:

En este momento:	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Cuando peor se siente:	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Cuando mejor se siente:	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

¿Qué ocasiona que el dolor aumente? _____

¿Qué ocasiona que el dolor disminuya? _____

Describa el tipo de dolor (por ejemplo, leve pero continuo, agudo, constante, etc.):_____

¿Trabaja actualmente? ☐ Sí ☐ No ☐ Jubilado

Si la respuesta es "No", ¿Cuándo fue el último día que trabajó?: _____

Ocupación: _____

Si ésta fue una lesión laboral, se encuentra: ☐ trabajando sin limitaciones ☐ trabajando con limitaciones ☐ sin trabajar.

¿Qué actividades recreativas realiza de manera regular? (por ejemplo caminar, practicar basketball, levantamiento de pesas, natación, etc.)._____

¿Cuántos días por semana realiza actividad física? ☐ 0 ☐ 1-2 ☐ 3-5 ☐ 6-7

Por favor **enumere 3** actividades importantes que no pueda, o tenga dificultad para realizar como resultado de su problema. Clasifique cada una de estas actividades en una escala del 0 al 10, en la que (0) significará que le es imposible realizarla y (10) que puede realizarla como lo hacía antes de sufrir la lesión.

Actividades:	Imposibilitado										Normal
1._____	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2._____	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3._____	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

¿Cuáles son sus objetivos referentes a la terapia? _____

_____

Firma del paciente: _____ Fecha:_____