

Industrial Hand and Physical Therapy

Historial Medico

Nombre: _____ Médico que lo/la refiere: _____

Médico de la familia: _____ El primer día que miro al Doctor para esta Herida: _____

Ultima Fecha Trabajó Debido a esta Herida: _____ E Idia que Volvió a Trabajar después de la Herida: _____

¿Esta asignado un Abogado en este Caso? Sí No

¿A tenido cirugias? Sí No

¿El número de Cirugías? _____

Tipo de Cirugia: _____

¿Toma Actualmente Usted algun tipo de Medicamento con o sin receta medica? Sí No

Antiinflamatorios _____ **Nombre de medicamentos** _____

Relajadores de musculos _____

Medicina para el dolor _____

¿Cual es su mano dominante? Izquierda / Left Derecha / Right

¿Ha tenido alguno de los siguinetes medicos o servicios de rahabilitacion para las lesiones o episodio? ?

	Sí	NO		Sí	NO
Radios - X / X - Rays			Quiropráctico / Chiropractor		
EMG / NCV			Médico General / General Practitioner		
CT Scan			Neurólogo / Neurologist		
MRI			Ortopedista / Orthopedist		
Myelogram			Podólogo / Podiatrist		
Terapia física / Physical Therapy			Médico de Medicina de ocupación / Occ Med Dr		
Terapia Ocupacional / Occupational Therapy			Cuidado de Espacio de emergencia / ER Care		
Terapia de masaje / Massage Therapy			Otro: / Other:		

Tiene usted o usted ha tenido el debajo de condiciones? Si usted marca si, en lo que se envejece.

	Sí	NO		Sí	NO
Cancer			Diabetes		
Problemas de Espalda / Back Problems			Problemas de Cuello / Neck problems		
Emfisema / Emphysema			Alto Presion / Hypertension		
Problemas de Hombro / Shoulder Problems			Problemas de Mandibula / Jaw Problems		
Anemia			Dolor de Pecho / Chest pain		
Arthritis			Problemas de Codo / Elbow problems		
Problemas de Respirar / Shortness of breadth.			Problemas de Rinon / Kidney problems		
Problemas de Muneca / Wrist problems			Polio		
Fracturo Huesos / Broken bones			Problemas de Tobillo / Ankle Problems		
Asma / Asthma			Dolor de Cabeza / Headaches		
Hepatitis			Hernia		
Problemas de Rodilla / Knee problems			Cronicos Bronquitis / Chronic Bronchitis		
Problemas de Piel / Skin problems			Accidente de Carro / Car Accidient		
Problemas de Cadera / Hip problems			Despartado por el Dolor / Awakened by pain		
Uso de Drogas o Alcohol			La Sangre en la Orina / Blood in Urine		
Sonido en las Orejas / Ringing in the ears			Mareos / Dizziness		
Los Problemas Psiquiatricos o Emocionales / Psychiatric or Emotional Problems			Dormicimientos en Manos o Pies/ Numbness in Hands or Feet		
Reciente perdida de peso / Recent Wt Loss			¿Fuma Usted? / Do You Smoke?		
Enfermedad Corazon / Heart disease			¿Usted está Embarazada? / Are you Pregnant?		

Lista cualquier otra información que nos ayudaría en su cuidado: _____

¿Usted está enterado de lo que su diagnóstico es? Sí No

En base a su conciencia, ¿cuáles son sus expectativas y metas en este programa? _____

El paciente/Firma de Guardián: _____

He revisado este historial medico con el paciente.

Therapist Signature: _____