



PATIENT MEDICAL INFORMATION SHEET SPAN

Fecha de hoy: _____

Nombre: _____

N° de historia clínica: _____

HOJA DE INFORMACIÓN MÉDICA DEL PACIENTE PARA REHABILITACIÓN AMBULATORIA EN GOOD SHEPHERD

Llene completamente todas las secciones

Nombre: _____ Médico que ordenó la terapia: _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Fecha de la próxima cita programada con el médico: _____

Antecedentes médicos y quirúrgicos anteriores:

1. Marque todas las alternativas que correspondan:

- | | | | |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Ataque cardíaco o enfermedad cardíaca | <input type="checkbox"/> Distrofia muscular | <input type="checkbox"/> Lesión laboral |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | Si se marca, indicar fecha de la lesión _____ |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Hernia | <input type="checkbox"/> Marcapasos | <input type="checkbox"/> Otros (indique) |
| <input type="checkbox"/> Accidente automovilístico | <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson | |
| <input type="checkbox"/> Actual embarazo | <input type="checkbox"/> Incontinencia intestinal/de la vejiga | <input type="checkbox"/> Convulsiones o epilepsia | |
| <input type="checkbox"/> Depresión o ansiedad | <input type="checkbox"/> Trastorno hepático o renal | <input type="checkbox"/> Fumar | |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Problemas pulmonares/enfisema/EPOC | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral | |
| <input type="checkbox"/> Mareos | <input type="checkbox"/> Implantes metálicos o reemplazos de articulaciones | <input type="checkbox"/> Tuberculosis | |
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple | | |

2. Hospitalizaciones o cirugías anteriores (explique): _____

3. Medicamentos actuales incluidos medicamentos de venta sin receta médica no recetados: _____

4. Alergias (al medioambiente o a algunos medicamentos):

Látex Cinta adhesiva _____

5. Exámenes recientes (marque todas las opciones que correspondan): Radiografías IRM TC Otro _____

Si es así, ¿cuándo? _____ ¿Cuáles fueron los resultados? _____

Antecedentes de la enfermedad actual:

1. Explique brevemente con sus propias palabras cuándo comenzaron el dolor o los síntomas, y qué causó su enfermedad actual:

Fecha de inicio: _____

Causa: _____

2. ¿Recibe actualmente servicios de atención domiciliaria (enfermería, fisioterapia o terapia ocupacional, o servicios de un auxiliar en el hogar)? Sí No

3. ¿Ha recibido antes alguna terapia para esta enfermedad?

Sí, ¿Cuándo? _____ No

4. ¿Cuáles son sus metas de la terapia? (es decir, disminuir el dolor, retomar los deportes o el trabajo, aumentar la flexibilidad, aumentar la resistencia, aprender ejercicios adecuados para evitar nuevas lesiones, etc.) _____

5. ¿Se siente usted seguro en casa? Sí No

Si la respuesta es no, explique: _____

Necesidades educativas:

1. ¿Cómo aprende mejor? Imágenes Lectura Escuchando Demostración Otro _____

2. ¿Le gustaría recibir orientación nutricional para su enfermedad? Sí No

Si la respuesta es Sí, explique: _____



Nombre: _____

Nº de historia clínica: _____

**HOJA DE INFORMACIÓN MÉDICA DEL PACIENTE
PARA REHABILITACIÓN AMBULATORIA EN GOOD SHEPHERD**

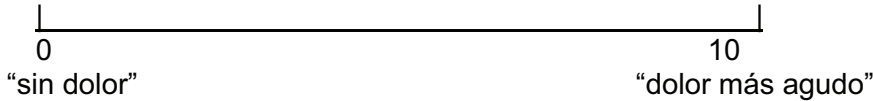
Clasificación del dolor:

Si tiene dolor, clasifíquelo en una escala de 0 a 10, en donde "0" representa la ausencia absoluta de dolor y "10", el dolor más agudo que pueda imaginar (es decir, en cuyo caso tendría que ir a un hospital). Marque la línea en su nivel de dolor)

El peor _____ /10

El mejor _____ / 10

Actualmente _____ /10



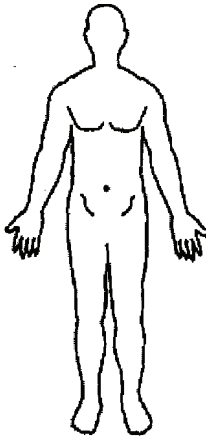
Si tiene dolor, indique dónde se ubica y el tipo de dolor que siente en este momento. Use los siguientes símbolos para describir su dolor.

No indique las áreas que no están relacionadas con su enfermedad, lesión o cirugía actual.

SÍMBOLOS

/// Punzante	XXX Ardor	000 Hormigueo	=== Adormecimiento	... Sordo y continuo
--------------	-----------	---------------	--------------------	----------------------

Costado derecho



Costado izquierdo

Costado izquierdo



Costado derecho

Comprendo que cumplo una función activa en el desarrollo de mi plan de tratamiento. A fin de recibir la mejor atención, mis proveedores de servicios de salud necesitan la información precisa y la historia clínica actualizada. Como paciente, comprendo que soy responsable de proporcionar esta información.

Firma del paciente o tutor

Fecha

EL PERSONAL DEBE LLENAR ESTA SECCIÓN:

INFORMACIÓN MÉDICA ACTUALIZADA: (Incluya adiciones o cambios de diagnóstico o enfermedad, medicamentos, alergias y otra información relevante. Firma, fecha, hora de todas las entradas):

ACTUALIZACIÓN Nº 1: _____
Firma (Fecha/Hora): _____

ACTUALIZACIÓN Nº 2: _____
Firma (Fecha/Hora): _____

ACTUALIZACIÓN Nº 3: _____
Firma (Fecha/Hora): _____

ACTUALIZACIÓN Nº 4: _____
Firma (Fecha/Hora): _____