

Formulario del paciente Form

Información del paciente:

Nombre completo: _____ Edad: _____ ☐ Femenina ☐ Femenino

Fecha de nacimiento: _____ Teléfono: _____

DIRECCIÓN: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Método de contacto preferido: ☐ Teléfono ☐ Correo electrónico ☐ Texto

Nombre del contacto de emergencia: _____

Relación: _____ Teléfono: _____

¿Qué zona(s) del cuerpo desea que se evalúen? (marque todas las opciones que correspondan)

- | | | | |
|--|--|--|--|
| ☐ Cuello | ☐ Hombro (izq./der.) | ☐ Cadera (izquierda/derecha) | ☐ Dolor de cabeza |
| ☐ Espalda media | ☐ Codo (izq./der.) | ☐ Rodilla (izquierda/derecha) | ☐ Pecho / Costillas |
| ☐ espalda baja | ☐ Muñeca / Mano (I / D) | ☐ Tobillo / Pie (izq. / der.) | ☐ Abdomen |
| ☐ Other: _____ | | | |

¿Cuándo comenzaron sus síntomas?

- | | | | |
|------------------------------------|---|--|--------------------------------------|
| ☐ Hoy | ☐ La semana pasada | ☐ El mes pasado | ☐ 1-3 meses |
| ☐ 3-6 meses | ☐ > 1 año | ☐ no seguro | ☐ Otro: _____ |

¿Cómo calificaría la intensidad de sus síntomas?

- | | | |
|-----------------------------------|--|--|
| ☐ mínimo | ☐ leve | ☐ Leve a moderado |
| ☐ moderado | ☐ Moderado a severo | ☐ severo |

¿Con qué frecuencia se presentan sus síntomas?

- | | | | | |
|----------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| ☐ extraño | ☐ Ocasional | ☐ Intermitente | ☐ Frecuente | ☐ Constante |
|----------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|

¿Cómo están evolucionando sus síntomas?

- | | | | |
|--|------------------------------------|---------------------------------------|--|
| ☐ Cambios diarios | ☐ Mejorando | ☐ No mejorando | ☐ Empeoramiento |
|--|------------------------------------|---------------------------------------|--|

Describe los síntomas que está experimentando: (seleccione todas las opciones que correspondan)

- | | | | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|---|--|
| ☐ Dolorido | ☐ Incendio | ☐ Entumecimiento/Hormigueo | ☐ Espasmo muscular |
| ☐ Afilado | ☐ Palpitante | ☐ Rigidez | ☐ problemas para dormir |
| ☐ Aburrido | ☐ irradiando | ☐ Debilidad | ☐ Otro: _____ |

¿Qué tratamientos de autocuidado ha probado para aliviar los síntomas? (Seleccione todas las opciones que correspondan)

- | | | | |
|------------------------------------|------------------------------------|--|--------------------------------------|
| ☐ descansar | ☐ Extensión | ☐ Medicamentos de venta libre | |
| ☐ Hielo | ☐ Ejercicio | ☐ decenas | ☐ Otro: _____ |
| ☐ Calor | ☐ Masaje | ☐ Ninguno | |

¿Qué limitaciones físicas tienes?

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ sin limitaciones | ☐ limitaciones leves a moderadas | ☐ limitaciones severas |
| ☐ limitaciones leves | ☐ limitaciones moderadas | ☐ Completamente limitada |

¿Cuál es su situación laboral actual? (Seleccione todas las opciones que correspondan)

- | | | |
|---|--|--------------------------------------|
| ☐ Trabajando sin restricciones | ☐ Falté al trabajo debido a los síntomas. | |
| ☐ Trabajar con restricciones | ☐ Actualmente fuera del trabajo | ☐ No empleado |

Cardiovascular (MARQUE SOLO SI ES ASÍ)

- | | | | |
|--|---|--------------------------------|-----------------------------------|
| ☐ Dolor en el pecho | ☐ Dificultad para respirar | ☐ Mareo | ☐ Arritmia |
|--|---|--------------------------------|-----------------------------------|

Respiratorio (MARQUE SOLO SI ES ASÍ)

- | | |
|---|--------------------------------------|
| ☐ Opresión en el pecho | ☐ Tos crónica |
|---|--------------------------------------|

Neurológico (MARQUE SOLO SI ES SÍ)

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Problemas de equilibrio | ☐ Debilidad | ☐ Entumecimiento/hormigueo |
| ☐ Problemas de memoria | ☐ Dificultad para hablar | |

Sistema musculoesquelético (MARQUE SOLO SI ES ASÍ)

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ dolor de espalda | ☐ dolor de cuello | ☐ Dolor/rigidez articular |
| ☐ Dolores/espasmos musculares | ☐ dolor de pierna | ☐ Ciática |

General (MARQUE SOLO SI ES SÍ)

- | | | | |
|---------------------------------|---------------------------------|--|---|
| ☐ Fatiga | ☐ Fiebre | ☐ Dolor de cabeza | ☐ alteración del sueño |
|---------------------------------|---------------------------------|--|---|

Otorrinolaringología / Oftalmología (MARCAR SOLO SI LA RESPUESTA ES SÍ)

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Cambios de visión | ☐ Zumbidos en los oídos | ☐ Problemas sinusales |
| ☐ Dolor de garganta | ☐ Dificultad para hablar | |

Psiquiátrico (MARQUE SOLO SI LA RESPUESTA ES SÍ)

- ☐ Ansiedad ☐ estado de ánimo deprimido

Sistema genitourinario (MARQUE SOLO SI ES ASÍ)

- ☐ Dolor/hinchazón abdominal ☐ Micción frecuente
☐ Micción dolorosa ☐ sangre en la orina

Antecedentes médicos (marque todas las opciones que correspondan)

- ☐ Hipertensión
☐ Diabetes (Tipo ☐1 ☐2)
☐ Ataque
☐ Cáncer (tipo): _____
☐ Osteoporosis
☐ Artritis reumatoide
☐ Escoliosis
☐ enfermedad de la tiroides
☐ Vértigo
☐ trastorno hemorrágico
☐ HIV/AIDS
☐ Hepatitis
☐ Marcapasos / Desfibrilador
☐ Otro: _____

Áreas problemáticas

***Indica información obligatoria**

Describe tu problema:

***En una escala del 0 al 10, califica tu intensidad: Más baja - 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 - Más alta**

***¿Cómo empezó su problema?**

*¿Cuándo comenzó su problema? (*fecha exacta si es posible*)

¿Con qué frecuencia experimenta síntomas?

¿Cómo describirías tus síntomas?

- | | | |
|-----------------------------------|---|--|
| ☐ Aburrido | ☐ Puñalada | ☐ Estremecimiento |
| ☐ Dolor | ☐ Tiroteo | ☐ Debilidad |
| ☐ Profundo | ☐ Calambres | |
| ☐ Doloroso | ☐ Espasmo | |
| ☐ Rígido | ☐ Palpitante | |
| ☐ Afilado | ☐ Incendio | |
| ☐ Apretado | ☐ Entumecimiento | |

¿Se irradia, se dispara o se desplaza a otras zonas del cuerpo? ☐ Sí ☐ No

En ese caso, ¿a qué zonas se irradia, se extiende o se propaga el dolor?

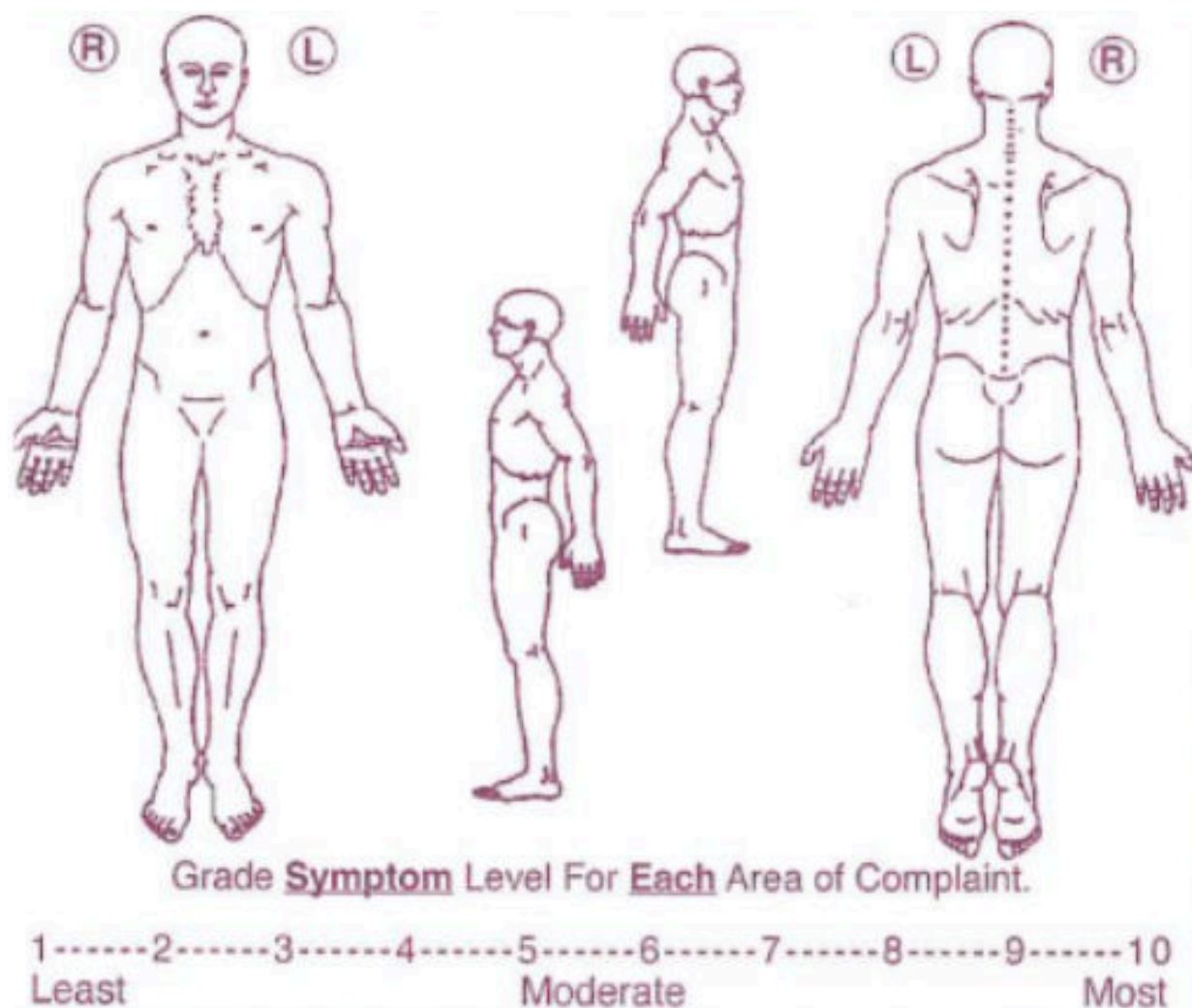
¿Qué lo hace mejor? (Momentos del día, movimientos, actividades, etc.):

¿Qué lo empeora? (Momentos del día, movimientos, actividades, etc.):

¿Qué has hecho para aliviar los síntomas?

- | | |
|--|---|
| ☐ Hielo | ☐ Ajuste quiropráctico |
| ☐ Calor | ☐ Fisioterapia |
| ☐ Descanso | ☐ Inyecciones |
| ☐ Sentado | ☐ Cirugía |
| ☐ Acostado | ☐ Otro: _____ |
| ☐ Estiramientos | |
| ☐ Ejercicio | |
| ☐ Medicamentos con receta | |
| ☐ Medicamentos de venta libre | |
| ☐ Masaje | |
| ☐ Acupuntura | |

Localización de los síntomas



Firma del paciente/tutor legal: _____

Imprimir nombre: _____

Fecha: _____