



GARDENA
PHYSICAL THERAPY

Terapia Física Gardena

Record de información subjetiva

Fecha: _____ Nombre: _____ Edad: _____

Fecha de la lesión: _____ Ocupación: _____

¿Se encuentra trabajando actualmente? Si No Medico Referente: _____

Estatura: _____ Peso: _____

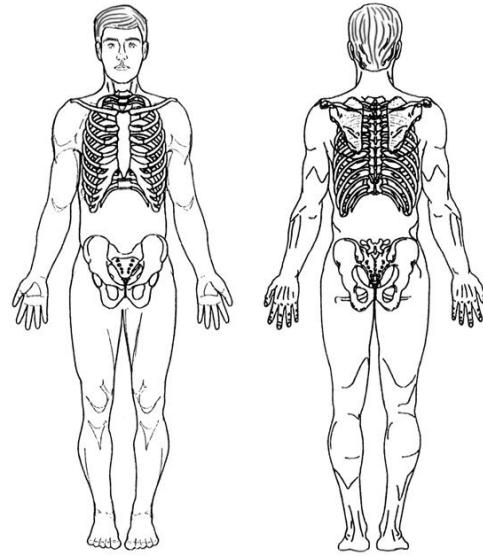
Mano Dominante (por favor marque con un circulo) Derecha o Izquierda

Lesión actual

1. Dibuje ligeramente en todas las áreas de dolor, rigidez malestar, etc.
2. Etiquete el área con el peor dolor
3. Encierre en un círculo cualquier área con entumecimiento u hormigüeo.

¿Cuándo ocurrió esto? _____

¿Dónde ocurrió esta lesión? _____



¿Ocurrió esto por una lesión en su casa? _____ SI _____ No

¿Ocurrió esto por un accidente automovilístico? _____ SI _____ No

¿Es esto una condición pos-quirúrgica? _____ SI _____ No

¿Es esta una condición relacionada con embarazo? _____ SI _____ No

¿Ocurrió esto por una lesión recreacional? _____ SI _____ No

¿Ocurrió esto por ninguna causa en particular? _____ SI _____ No

¿Ocurrió esto por una lesión en su trabajo? _____ SI _____ No

¿Fue esto por un accidente automovilístico mientras trabajaba? _____ SI _____ No

Nombre del Paciente: _____

Comportamiento:

¿Qué actividades o posiciones alivian sus síntomas?

- Hacer ejercicio Sentarse
 Calor o una ducha caliente Caminar
 Hielo Descansar
 Recostarse sobre su espalda con las rodillas arriba
 Recostarse de lado en posición fetal

¿Qué actividades hacen que su dolor empeore? (Marque las peores 2-4 actividades en la lista)

- Agacharse y girar Labores hogareñas Correr
 Agacharse Levantarse/Acostarse en su cama Sentarse
 Morder una manzana Salir/Entrar a su carro Deportes
 Usar Computadora Pararse luego de sentarse Agacharse
 Toser Levantar Objetos Voltear la cabeza
 Respirar profundamente Ver hacia abajo Caminar
 Peinarse Ver hacia arriba Bajar escaleras
 Manejar Recostarse boca abajo Subir escaleras
 Comer Alcanzar objetos distantes

Marque una de las siguientes:

¿Sus síntomas _____ incrementan _____ disminuyen _____ se mantienen igual para el final del día?

¿Cuándo vio a un médico por primera vez? _____ Nombre del médico: _____

¿Ha estado en tratamiento para esto hasta el momento? SI NO Por favor explique: _____

Escriba cualquier otro médico que haya visto por este problema y donde ocurrió el tratamiento:

1. _____
2. _____

Nombre del Paciente: _____

¿Ha tenido algunas de las siguientes en relación a su lesión?:

Faja Yeso Examen TAC Electromiografía Inyección Resonancia Magnética

Cirugía Rayos X Ninguna de las anteriores

¿Cómo describirá sus síntomas?: _____ Constantes _____ Intermitentes (Van y vienen)

Si sus síntomas son intermitentes, ¿Con que frecuencia los tiene? Marque uno:

_____ Diariamente _____ 1-2 Veces por semana _____ 3-5 Veces por semana

¿Cómo describiría sus síntomas? Marque todas las que apliquen:

_____ Rigidez _____ Dolor _____ Pesadez _____ Dolor punzante

_____ Entumecimiento/Hormigüeo

En una escala del 0-10, 10 siendo el peor dolor imaginable y 0 siendo nada de dolor, ¿dónde se encuentra en la siguiente escala?

0-----2-----4-----6-----8-----10

¿Le dan dolores de cabeza? _____ Sí _____ No

¿Cuantas veces por semana? _____ Veces por semana

Historial:

¿Qué medicamentos está tomando actualmente?: _____

¿Está embarazada? _____ Sí _____ No _____ Posiblemente

¿Tiene algún implante metálico? _____ Sí _____ No

¿Alguna vez ha tenido alguna de las siguientes? (Por favor marque en un círculo las que aplican)

Alergias Asma Cáncer Problemas Cardiacos Diabetes Osteoporosis

Presión sanguínea alta Marcapasos Problemas respiratorios Ataques epilépticos Mareos

Describa cualquier cirugía, lesión o enfermedad previa (**Con o sin relación** a la lesión actual)

Por favor incluya fechas:

1. _____
2. _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Nombre del Paciente: _____