

# E&L Associates Physical Therapy

## HISTORIAL MEDICO

Nombre:	Fecha De Nacimiento:	Edad:
Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Si mujer esta embarazada? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	cuantos meses?
Fuma ciggaros? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	su peso?	que alto es?

### Sufre de alguna de las siguientes condiciones?

- |   |  |
|---|--|
| Alta presion de la sangre <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no | Problemas de respiracion <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no           |
| Arthritis <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no                 | ataques <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no                            |
| Cancer <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no                    | Tuberculosis <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no                       |
| Diabetes <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no                  | Hepatitis (inflamacion del higado) <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no |
| Enfermedades del corazon <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no  | Metal en su cuerpo <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no                 |
| Epilepsia <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no                 | maquina en su corazon <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no              |

### Diganos de su condicion

Cuando se lastimo? \_\_\_\_\_ Quien es tu Doctor? \_\_\_\_\_

Como se lastimo? \_\_\_\_\_

Que cosas no puedes haser por tu dolor? \_\_\_\_\_

El dolor esta:  mas fuerte  menos  
 igual  mas omenos

Que te hace sentir mejor? \_\_\_\_\_  
(0-10) cero es lo menos que te duela diez es lo maximo  
lo maximo que te duele es \_\_\_\_\_ y lo menos es \_\_\_\_\_

Ha tenido

cirugia : cuando \_\_\_\_\_ que clase? \_\_\_\_\_

inyeccion : cuando? \_\_\_\_\_ le ayudo? \_\_\_\_\_

otro tratamiento

terapia fisica cuando? \_\_\_\_\_

quiropractico cuando ? \_\_\_\_\_

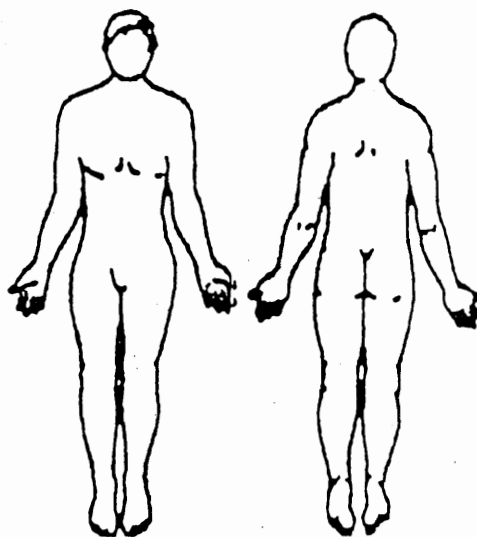
medicamentos \_\_\_\_\_

rayos equis \_\_\_\_\_  MRI \_\_\_\_\_

ejercicios \_\_\_\_\_

Indicate on body diagrams where your symptoms are located

■ = Pain III = Numbness



### Informacion de trabajo

en donde trabaja? \_\_\_\_\_ que es su trabajo? \_\_\_\_\_

cuantos dias de trabajo perdistes? \_\_\_\_\_ cuantas horas trabaja a la semana? \_\_\_\_\_

### La terapeuta completa lo demas

Critical work, ADL leisure activities affected: \_\_\_\_\_

• lift/ carry:  < 20 lbs. rarely to occasionally (low demand)  > 20lbs. constantly or >10lbs frequently ( mod-high demand ) where to where \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_

• repetitive motions related to condition  occasional 1-33 % (low demand)  frequent to constant 34-100% (mod high- demand)

• static positions related to condition(mod-high):  sit  stand  crouch  kneel  overhead work

• leisure activities:  none/minimally impact condition(low demand)  moderate-high intensity, competitive (mod high demand)

Overall functional demand (work/ADL/leisure)  low demand  moderate high demand

Comments: \_\_\_\_\_

**MARQUE LO QUE ES DIFICIL**

**ES DIFICIL PARA:**

**PARTE DE ARRIBA DEL CUERPO**

- si  no Sentarme , costarme
- si  no Cambiarme, ponerme los sapatos
- si  no Dormir toda la noche
- si  no Levantar mis manos, poner mis manos  
atras de mi espalda
- si  no Agacharme
- si  no Levantar un lapis, vaso, soda etc.
- si  no Detener un vaso
- si  no Cargar un bebe , cuidar un bebe
- si  no Limpiar
- si  no Ejercicios
- si  no Trabajar
- Alguna otra cosa? \_\_\_\_\_

**PARTE DE ABAJO DEL CUERPO**

- si  no Sentarme y levantarme de una silla
- si  no Estar parado por mucho tiempo
- si  no Sentarme
- si  no Manejar, pisar el acelerador
- si  no Se puede cambiar de ropa y zapatos
- si  no Dormir por toda la noche
- si  no Caminar, subir escalones
- si  no Correr
- si  no Agacharse, hincarse
- si  no Cargar un bebe , cuidar un bebe
- si  no Limpiar, trabajar
- Alguna otra cosa? \_\_\_\_\_

**La terapeuta completa lo demas**

**Knee**

swelling:  immediate (1<sup>st</sup> hour)  delayed  increasing  decreasing  none  
 does patient knee:  lock?  buckle  knee cap shift  not applicable  
 scheduled for surgery?  no  yes if yes when? \_\_\_\_\_

**Back**

% of pain in back \_\_\_\_\_ % leg \_\_\_\_\_ %  
 bowel bladder dysfunction  yes  no  
 cough/sneeze aggravates symptoms ?  yes  no

**Neck**

% of pain in neck \_\_\_\_\_ % arm \_\_\_\_\_ %  
 sleep on stomach?  yes  no  
 jaw or dental problems?  yes  no  
 describe: \_\_\_\_\_

**ALL**

0 pain scale (0= no pain; 10 = the most pain)  
 worst pain this far: \_\_\_\_\_ best pain rating this far \_\_\_\_\_ typical pain this far \_\_\_\_\_ today's pain rating  
 comments: \_\_\_\_\_

## AUTORIZACION DEL PACIENTE

Yo autorizo a **E & L Associates Physical Therapy**, De llevar acabo cualquier ejercicio y exámenes, procedimientos y tratamiento para tratar mi condición física o accidente.

E & L Associates se compromete a proveer la información necesaria en:

- o Mi diagnóstico
- o El tratamiento sugerido
- o El riesgo o beneficios del tratamiento y una posible alternativa a ese tratamiento
- o Procedimientos adicionales y razonables los cuales serán necesarios
- o Cualquier riesgo del tratamiento

Yo doy permiso a **E & L Associates Physical Therapy** de comunicarse con cualquier Persona profesional de la salud, ( Ej: Doctor) que la rehabilitación de mi condición puede necesitar y puede ordenar cualquier diagnóstico o información, o rayos X a mi Doctor principal o especialista.

Yo autorizo y doy permiso a **E & L Associates Physical Therapy** de dar información a mi aseguradora, trabajo, abogado o representante, respecto mi condición y mi habilidad de regresar a mis actividades normales o trabajo. Autorizo a los representantes de E & L Associates Physical Therapy (PRN), la compañía de cobros y colecciones de dar información relacionada con mi condición a mi aseguradora, trabajo, abogado o su representante.

Yo, \_\_\_\_\_ entiendo las condiciones y la información que escitamente se me provee y voluntariamente doy mi consentimiento a las autorizaciones escritas.

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Testigo