



CENTRO DE REHABILITACION Y ELECTRODIAGNOSTICO DE HATO REY

CUESTIONARIO DEL PACIENTE (INTAKE FORM)

NOMBRE: _____

APELLIDOS: _____

ESTATURA: _____ PESO: _____

SOLO PARA USO MÉDICO

VITALES: PRESION SANGUINEA: ____/____ PULSO: _____

ALERGIAS/INTOLERANCIA:

NO SOY ALERGICO A MEDICAMENTOS
 SULFA LIDOCAINA ASPIRINA PENICILINA
 YODO CRUSTÁCEOS OTRO: _____

MEDICAMENTOS ACTUALES: ACTUALMENTE NO UTILIZO MEDICAMENTOS

| | |
|----------|----------|
| 1. _____ | 4. _____ |
| 2. _____ | 5. _____ |
| 3. _____ | 6. _____ |

PACIENTE AUTORIZA AL MÉDICO ACCESO ELECTRÓNICO A TODO SU HISTORIAL DE MEDICAMENTOS EN FARMACIAS PARTICIPATES.

SI NO

HISTORIAL SOCIAL:

| | | | | | | |
|--|-------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------|--|---|--|
| ¿FUMA O FUMABA? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | FRECUENCIA: | <input type="checkbox"/> DIARIO | <input type="checkbox"/> ALGUNOS DIAS | <input type="checkbox"/> FUMO EN EL PASADO |
| ¿CONSUME ALCOHOL? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | FRECUENCIA: | <input type="checkbox"/> DIARIO | <input type="checkbox"/> 1 o 2 X SEMANA | <input type="checkbox"/> OCASIONALMENTE |
| ¿HA USADO DROGAS ILEGALES? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | ¿ACTUALMENTE?: | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | |
| ¿HACE EJERCICIO? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | FRECUENCIA: | <input type="checkbox"/> +5 O MAS DIAS | <input type="checkbox"/> 1-3 DIAS | <input type="checkbox"/> OCASIONALMENTE |
| *¿Qué tipo de Ejercicio o Deporte hace?: | | | | | | |
| ¿EN QUE POSICION DUERME? | <input type="checkbox"/> BOCA ABAJO | | <input type="checkbox"/> BOCA ARRIBA | | <input type="checkbox"/> DE LADO | |

HISTORIAL FAMILIAR:

MARQUE SI SU MADRE O PADRE PADECE O PADECIÓ DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

| CONDICION | MADRE | PADRE | CONDICION | MADRE | PADRE |
|---------------------|-------|-------|-------------------------|-------|-------|
| ARTRITIS | | | HIPERTIROIDISMO | | |
| CÁNCER | | | HIPOTIROIDISMO | | |
| DERRAMES CEREBRALES | | | OSTEOPOROSIS | | |
| DIABETES | | | ENFERMEDAD PSIQUIATRICA | | |
| ENFERMEDAD CARDIACA | | | OTRO: _____ | | |
| HIPERTENSION | | | | | |

POR FAVOR REVISE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS Y MARQUE LA QUE LE APLIQUE:

| HISTORIAL MÉDICO PASADO | APLICA | CIRUJÍAS PREVIAS | AÑO | APLICA |
|-------------------------------------|--------|------------------------------------|-----|--------|
| ANEMIA | | REPARACION DE ACL | | |
| ANGINA DE PECHO | | CIRUGIA DE ESPALDA | | |
| ASMA (493.90) | | CIRUGIA PARA TUNEL CARPAL | | |
| FIBRILACIÓN ATRIAL | | CIRUGIA DE CERVICAL | | |
| CÁNCER | | CIRUGIA DE CORAZON | | |
| DIABETES | | REEMPLAZO DE CADERA | | |
| COÁGULOS DE SANGRE EN PIERNA | | ARTROSCOPIA DE RODILLA | | |
| HEPATITIS | | REEMPLAZO DE RODILLA | | |
| COLESTEROL ALTO | | MASTECTOMIA | | |
| HIPERTENSION | | REPARACION DE MANGUILLO DEL HOMBRO | | |
| HIPERTIROIDISMO | | REEMPLAZO DE HOMBRO | | |
| HIPOTIROIDISMO | | CIRUGIA DE MUÑECA | | |
| ENFERMEDAD INFECCIOSA (especifique) | | OTROS: _____ | | |
| FALLO RENAL CRONICO | | _____ | | |
| Otro: _____ | | _____ | | |

