



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? SI NO FRECUENCIA: DIARIO ALGUNOS DIAS FUMO EN EL PASADO

¿CONSUME ALCOHOL? SI NO FRECUENCIA: DIARIO 1 o 2 X SEMANA OCASIONALMENTE

¿HA USADO DROGAS ILEGALES? SI NO ¿ACTUALMENTE?: SI NO

¿HACE EJERCICIO? SI NO FRECUENCIA: +5 O MAS DIAS 1-3 DIAS OCASIONALMENTE

*¿Qué tipo de Ejercicio o Deporte hace?: _____

¿EN QUE POSICION DUERME? BOCA ABAJO BOCA ARRIBA 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: _____		_____		

MARQUE SOLAMENTE LOS SINTOMAS QUE ACTUALMENTE LE APLICAN CON UNA "X"

CONSTITUCIONAL	APLICA	MUSCULOSKELETAL	APLICA
FIEBRE		CALAMBRES MUSCULARES	
ESCALOFRÍOS		PÉRDIDA DE MASA MUSCULAR	
AUMENTO DE PESO		DEBILIDAD MUSCULAR	
PÉRDIDA DE PESO		DOLOR MUSCULAR O SENSIBILIDAD	
CAMBIO DE APETITO		DOLOR DE CUELLO	
CABEZA/CUELLO	APLICA	DOLOR DE ESPALDA	
CAMBIOS VISUALES		DOLOR EN EL HOMBRO	
DOLOR DE OIDOS		DOLOR EN ARTICULACION	
SORDEZA / PÉRDIDA DE LA AUDICIÓN		RIGIDES EN ARTICULACION	
CAMBIO DE SENTIDO DEL OLFATO		HINCHAZÓN EN ARTICULACION	
DOLOR DE GARGANTA		FRACTURA	
DIFICULTAD PARA TRAGAR		ANOMALÍAS DE POSTURA	
DIFICULTAD CON EL GUSTO (SABOR)		NEUROLÓGICO	APLICA
MASA EN EL CUELLO		CONVULSIONES	
ENDOCRINOLOGÍA	APLICA	DIFICULTAD PARA CONCENTRARSE	
SED EXCESIVA		ALTERACIÓN AL CAMINAR	
INTOLERANCIA AL CALOR O AL FRÍO		DOLOR DE CABEZA	
ORINAR EXCESIVAMENTE		DESMAYOS	
NODULO EN LA TIROIDE		PÉRDIDA DE LA MEMORIA	
CARDIOLOGÍA	APLICA	MOVIMIENTOS INVOLUNTARIOS	
DOLOR DE PECHO		COORDINACION POBRE	
MALA CIRCULACIÓN		ADORMECIMIENTO	
COÁGULOS DE SANGRE		ESPASTICIDAD (AUMENTO DE TONO MUSCULAR)	
RITMO CARDIACO IRREGULAR		PSIQUIÁTRICO	APLICA
PALPITACIONES		ANSIEDAD	
DOLOR EN LAS EXTREMIDADES AL CAMINAR		DEPRESIÓN	
EDEMA DE LAS PIERNAS		CAMBIOS DE HUMOR	
VENAS VARICOSAS		NERVIOSISMO	
GASTROINTESTINAL	APLICA	DIFICULTAD PARA DORMIR	
DOLOR ABDOMINAL		RESPIRATORIO	
REFLUJO GASTROESOFÁGICO		DIFICULTAD PARA RESPIRAR	
NÁUSEAS O VÓMITOS		ASMA	
VÓMITOS DE SANGRE		TOS CON SANGRE	
HEMORROIDES		APNEA DEL SUEÑO	
ESTREÑIMIENTO FRECUENTE		PITILLO	
DIARREA FRECUENTE		INFECCIONES RESPIRATORIAS	
ÚLCERA DE ESTÓMAGO		PIEL	APLICA
SANGRE EN LA ESCRETA		PICAZÓN	
GENITOURINARIO	APLICA	ERUPCIONES	
INCONTINENCIA URINARIA		EQUIMOSIS (MORETON)	
SANGRE EN LA ORINA		ULCERA EN LA PIEL	
PIEDRAS EN EL RIÑÓN			
DIFICULTAD PARA ORINAR			

RAZÓN DE SU VISITA HOY: _____ FECHA QUE INICIÓ EL DOLOR: _____

¿TIENE DOLOR?: SI NO

LOCALIZACIÓN DEL DOLOR: _____

SEVERIDAD DEL DOLOR (Circule alrededor del número)	SIN DOLOR DOLOR MODERADO PEOR DOLOR
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

FIRMA DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____

REPRESENTANTE AUTORIZADO

NOMBRE: _____

FIRMA: _____

PARENTESCO: _____