

- 1 University of Kentucky A.B. Chandler Hospital
- 1 UK HealthCare Good Samaritan Hospital
- 1 UK HealthCare Ambulatory Services
- 1 UK Dental and Oral Health Clinics

Patient Self-Assessment Summary/Sumario de la auto-evaluación por el paciente

Nombre completo: _____ Edad: _____ Oficio/Profesión: _____

¿Tiene alergia al látex? Sí No Número telefónico: _____

¿Se ha caído en los últimos 3 meses? Sí No Número telefónico en caso de emergencia: _____

¿Ha recibido terapia física en los últimos 12 meses? _____ ¿En cuál consultorio? _____

Queja/molestia principal: _____

¿Cuándo comenzaron sus síntomas? _____

¿Cuáles actividades se le dificulta hacer? _____

¿Interfieren sus síntomas con su trabajo? No Sí _____

¿Se despierta por el dolor a pesar que usted no se mueva? No Sí _____

¿Tiene dolor al toser o estornudar? No Sí ¿Tiene dolor en las mañanas? No Sí

¿Bajo cuales condiciones empeoran sus síntomas? _____ ¿Mejoran? _____

¿Es constante el dolor? No Sí Fecha de IRM ("MRI" en inglés): _____ Fecha de las radiografías: _____

Fecha de operación(es), en caso afirmativo: _____

Medicamentos que actualmente está tomando: _____

Antecedentes médicos:

Por favor seleccione cualquier antecedente médico que usted tenga:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Artritis (Osteo / Reumatoide) | <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Psicológico _____ |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Hueso / fracturas |
| <input type="checkbox"/> Deficiencias de equilibrio | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza / migraña | <input type="checkbox"/> Alergias _____ |
| <input type="checkbox"/> Presión sanguínea alta / baja | <input type="checkbox"/> Corazón / Circulación | <input type="checkbox"/> Alergias / sensibilidad a medicamentos _____ |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de peso, recientemente, sin explicación | <input type="checkbox"/> Convulsiones | _____ |

Alguna otra condición médica no escrita arriba: _____

Alguna hospitalización / cirugía: _____

Otra información: Metas para la terapia _____

¿Tiene creencias religiosas o culturales que puedan afectar su atención médica? No Sí _____

Firma del paciente / Patient Signature

Fecha

Therapist Signature

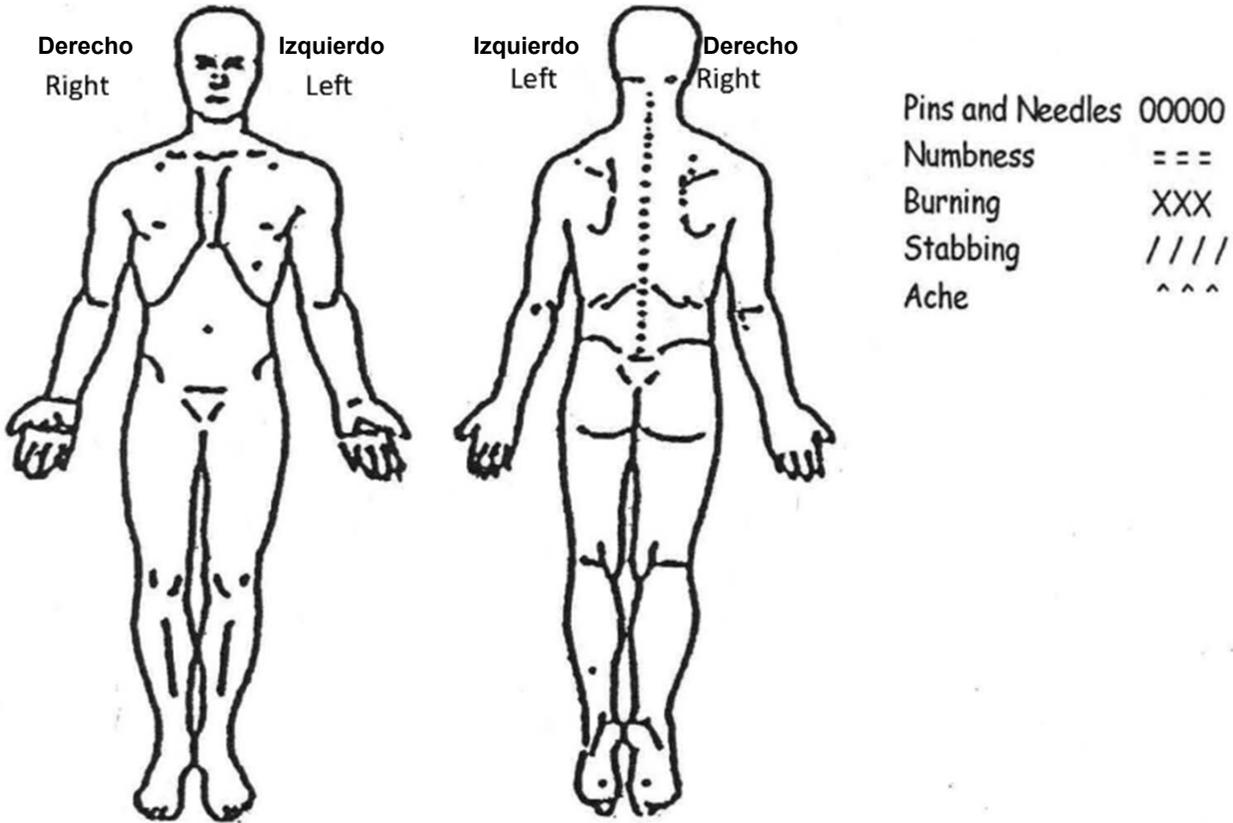
Date / Time

- 1 University of Kentucky A.B. Chandler Hospital
- 1 UK HealthCare Good Samaritan Hospital
- 1 UK HealthCare Ambulatory Services
- 1 UK Dental and Oral Health Clinics

Patient Self-Assessment Summary/Sumario de la auto-evaluación por el paciente

En el diagrama de abajo, dibuje el área donde tiene el dolor. Use los símbolos para expresar los tipos de dolor.

Cosquilleo 000 Adormecimiento = = = Ardor XXX Acuchillada /// Dolor ^^^



Conteste cada pregunta. Circule el número que describa su nivel de dolor.

0 = No dolor 5 = cantidad moderada de dolor 10 = necesidad de ir al hospital inmediatamente

¿Cuál describe su dolor actualmente? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Cuál describe el mínimo dolor que ha sentido? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Cuál describe el máximo dolor que ha sentido? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Cuál describe su dolor la mayoría del tiempo? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Cuál es su método preferible de aprendizaje? Demostración Instrucciones verbales Instrucciones escritas Folletos

Firma del paciente / Patient Signature

Fecha

Therapist Signature

Date / Time