



Formulario de información del paciente

Por favor responda el cuestionario sobre su salud. La información que nos proporcione nos ayudara a determinar la mejor terapia para usted. Si tiene alguna duda o pregunta, por favor hágaselo saber a su terapeuta. Gracias.

Sobre Usted

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____
 Sexo: Masculino Femenino Usa la mano derecha zurdo las dos manos Idioma principal: _____

Tiene alguna creencia cultural o religiosa que pueda afectar su cuidado? Si respondió si, por favor explique:

Ocupación: _____
 Ahora trabajo fuera de la casa, tiempo completo/medio tiempo Estudiante Jubilado
 Ahora no trabajo debido a mi padecimiento actual Desempleado Incapacitado

¿Con quién vive? / Estructura de la

vivienda

Vive: Solo Con esposo(a)/ la pareja Con los hijos Con los padres Otro: _____
 Entorno en el que vive: Escaleras, sin pasamanos Escaleras, con pasamanos Rampas Otro:

Salud General

¿Cómo evalúa su salud? Excelente Buena Regular Mala
 ¿Cuál es su actual?: Estatura: _____ Peso: _____
 ¿Utiliza? Lentes Lentes de contacto Audífonos Implante Coclear (del oído)
 ¿Está embarazada o está planeando quedar embarazada? Sí No
 ¿Ha experimentado un cambio con sus hábitos intestinales o urinarios? Incontinencia Estreñimiento
 ¿Ha sufrido una caída en los últimos seis meses? Sí No

Hábitos de Salud

Medicamentos

¿Toma medicamentos con receta? Sí No

Por favor indique la lista:

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

¿Toma medicamentos sin receta? Dolor /Anti-inflamatorio, Por favor indique _____
 Suplementos Herbales Laxantes Antiácidos Descongestionantes Antihistaminicos
 Otros: _____

¿Tiene alergias a (medicinas, cloro, bromo, abejas, látex, adhesivos, alimentos, otros)? Sí No
 Si respondió afirmativo, explique:

Historial quirúrgico

Por favor indique algunas cirugías.

Fecha

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





Formulario de la información del paciente

Por favor marque si usted está recibiendo tratamiento para alguna las enfermedades a continuación o en el pasado han sido tratados.

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza/migrañas | <input type="checkbox"/> Marcapasos |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón | <input type="checkbox"/> Psoriasis |
| <input type="checkbox"/> Tendencia a sangrar | <input type="checkbox"/> Hepatitis A, B, C | <input type="checkbox"/> Problemas respiratorios |
| <input type="checkbox"/> Cáncer / _____ | <input type="checkbox"/> Colesterol elevado | <input type="checkbox"/> Ulcera estomacal/ sangrante |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta/baja | <input type="checkbox"/> Ataque cerebral |
| <input type="checkbox"/> Mareos/Desmayos | <input type="checkbox"/> Enfermedad de articulaciones | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia/Convulsiones | <input type="checkbox"/> Implantes de metal o de otro tipo | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Fibromialgia | <input type="checkbox"/> Heridas abiertas | <input type="checkbox"/> Tumor/quiste |
| <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Osteoporosis/Osteopenia | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> ¿Toma medicamentos para la ansiedad? | |

Otros: _____

Expectativas de la Terapia

¿Qué es lo que quiere lograr/conseguir de esta terapia?

¿Ha recibido terapia física, ocupacional o del habla antes? Sí No

Si respondió afirmativo, cuando/por qué motivo? _____

Por favor firme aquí

Según mi entendimiento, la información que proporcione es correcta y completa.

Firma del paciente

Fecha

Firma del terapeuta

(Page 2 of 2)

Therapist's Plan Reason/Diagnosis: _____ Frequency: _____ Duration: _____

Updates:

Updates:



Normas de Asistencia (Attendance Policy)

Gracias por elegir al centro de rehabilitación de servicios médicos Southern New Hampshire. Sera un placer trabajar con usted.

Como un socio en el cuidado de la salud, nuestra meta es ayudarle a satisfacer sus necesidades en su rehabilitación, a través de una serie de visitas programadas. Nuestras reglas de asistencia le ayudaran a comprender el tiempo necesario para recuperar su funcionalidad y ayudarle a alcanzar sus metas. Por lo tanto le pedimos que esté de acuerdo con lo siguiente:

- Por favor llegue puntual a su cita y regístrese con la recepcionista. Llegar con retraso a la cita programada puede perjudicar su tratamiento y el tiempo de tratamiento de otros pacientes.
(Si llega 10 minutos atrasado, podrían marcarle la cita para otro día)
- Favor notifiquemos con 24 horas de anticipación si necesita reprogramar o cancelar una cita.
(Por favor recuerde que cancelando una cita puede demorar su recuperación)
- Si se ausenta por dos o más citas o las cancela en un periodo de un mes, eso indicaría que usted no está lo suficiente comprometido en su recuperación y esto puede dar lugar a ser retirado de la terapia hasta que usted sea capaz de continuar la terapia. Si es necesario notificaremos a su doctor que lo refirió e incentivarlo para que hable con el también.
(Entendemos que puedan surgir circunstancias inusuales y nos adaptaremos a ellos, si nos es posible.

En el centro de rehabilitación Southern New Hampshire, estamos comprometidos a ser puntuales con las citas. Sin embargo en ocasiones, podemos tener un retraso. Le agradecemos de antemano por su comprensión y paciencia.

Estamos dedicados a su recuperación y nos esforzamos por proporcionarle el máximo nivel de atención. Por favor firme y coloque la fecha a continuación para indicar su comprensión sobre nuestras reglas de asistencia. Gracias.

Nombre del paciente

Fecha: _____

Firma del terapeuta

Fecha: _____