

## Lista del resumen médico

¿Alguna vez le han diagnosticado alguna de las siguientes afecciones?  
Si la respuesta es afirmativa, indique si es afección actual o antecedentes.

- |                             |   |  |   |
|-----------------------------|---|--|---|
| ¿Artritis?                  | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Antecedentes | ¿Coágulos sanguíneos?  | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Antecedentes |
| ¿Fracturas de huesos?       | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Antecedentes | ¿Cáncer?   | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Antecedentes |
| ¿Cambios en el pensamiento? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Antecedentes | ¿Cambios en la personalidad o la conducta?                                       | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Antecedentes |
| ¿Tratamiento para la        | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Antecedentes | ¿Diabetes? ( <input type="checkbox"/> Tipo I o <input type="checkbox"/> Tipo II) | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Antecedentes |
| ¿Problemas auditivos?       | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Antecedentes | ¿Problemas cardíacos?  | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Antecedentes |
| ¿Presión arterial alta?     | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Antecedentes | ¿Enfermedad renal?   | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Antecedentes |
| ¿Problemas de aprendizaje?  | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Antecedentes | ¿Pérdida del equilibrio o caídas?  | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Antecedentes |
| ¿Problemas pulmonares?      | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Antecedentes | ¿Pinzamiento de un nervio?   | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Antecedentes |
| ¿Convulsiones?              | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Antecedentes | ¿Accidente cerebrovascular?  | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Antecedentes |
| ¿Problemas para tragar?     | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Antecedentes | ¿Problemas de la vista?  | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Antecedentes |

Indique cualquier otra afección médica que tenga si no figura en la lista de arriba.

Implantes metálicos  No  Sí      ¿Marcapasos?  No  Sí      ¿Embarazo?  No  Sí      ¿Actualmente con dolor?  No  Sí

¿Consumo regular de nicotina?  No  Dejó  Actual      Si la respuesta es afirmativa,  Cigarrillos  Cigarrillos electrónicos  Cigarros  
 Tabaco de mascar      Cantidad \_\_\_\_\_

¿Consumo regular de alcohol?  No  Dejó  Actual

Cambio de peso de 10 libras (3 meses)       Aumento  Pérdida

Indique los procedimientos quirúrgicos anteriores

¿  
Ha recibido algún tipo de fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del habla en cualquier centro ambulatorio este año?  Sí  No.

Si la respuesta es afirmativa, ¿aproximadamente cuántas visitas realizó? \_\_\_\_\_

¿Actualmente recibe atención médica en el hogar para terapia o atención de enfermería?  Sí  No

Debe indicar los medicamentos actuales a continuación o:  Ver lista de medicamentos (debe entregársela al personal de recepción para que le haga una copia)

Medicamento	Dosis	Medicamento	Dosis
(Si tiene diabetes) Insulina <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí			

Indique las interacciones entre medicamentos y las alergias conocidas o marque aquí si no tiene alergias conocidas

Medicamento o alergia \_\_\_\_\_ Reacción \_\_\_\_\_

Medicamento o alergia \_\_\_\_\_ Reacción \_\_\_\_\_

Medicamento o alergia \_\_\_\_\_ Reacción \_\_\_\_\_

\*\*\*\* Solo para uso del terapeuta debajo de esta línea \*\*\*\*

\_\_\_\_\_ inicialmente documentó y revisó con el paciente la información precedente

el \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a las \_\_\_\_:\_\_\_\_ a. m. p. m. Se solicitó al paciente que proporcionara información actualizada.

