

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

¿Cuál es la razón por la cual se le ve hoy? \_\_\_\_\_

¿Tiene dolor? \_\_\_\_\_ En caso afirmativo, ¿dónde tiene dolor? \_\_\_\_\_

¿Ha recibido algún servicio de Cuidados en el Hogar en los últimos 60 días?  Sí  No  
En caso afirmativo, Cuál agencia \_\_\_\_\_

¿Ha sido residente en un Centro de Enfermería Especializada en los últimos 100 días:  Sí  No  
En caso afirmativo, qué instalación: \_\_\_\_\_

¿Cuáles son sus objetivos y/o las metas de sus cuidadores para la terapia? \_\_\_\_\_

¿Cuál es su estilo de aprendizaje preferido para nueva información?  Escrito  Demostración y práctica  Instrucciones verbales  
 Todos  Otro: \_\_\_\_\_

¿Hay retos/barreras especiales de aprendizaje que le gustaría que supiéramos? \_\_\_\_\_

¿Qué haría que su experiencia en el cuidado de rehabilitación/heridas fuera excelente? \_\_\_\_\_

¿Teme por su seguridad personal en el hogar?  Sí  No En caso afirmativo, explique? \_\_\_\_\_

Durante el mes pasado, le ha molestado sentimientos de depresión o sin esperanza?  Sí  No

Durante el mes pasado, le ha molestado sentimientos de poco interés o placer en hacer las cosas?  Sí  No  
Si es así, por favor comente: \_\_\_\_\_

¿Tiene pensamientos de suicidio?  Sí  No

		En caso afirmativo, por favor describa cómo podemos satisfacer sus deseos
¿Tiene creencias culturales específicas o prácticas de terapias alternativas que podrían afectar la atención médica?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Quiere información sobre recursos comunitarios, financieros o preocupaciones de adaptación?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Tiene problemas para hablar y entender inglés?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Tiene problemas para leer y escribir inglés?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Le gustaría un intérprete?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Idioma Primario hablado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Idioma preferido para información de salud?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

**Haga una lista de los medicamentos que toma ahora o de copia al terapeuta:**

**Lista de Medicamentos proporcionada (ver adjunto)**

El manejo de su lista de medicamentos es importante. Déle una lista de sus medicamentos a su médico de atención primaria, actualice la información cuando los medicamentos se interrumpen, las dosis se cambian, o nuevos medicamentos (incluyendo el añadir productos sin receta médica,) y lleve la información del medicamento con usted en todo momento en el caso de emergencias.

Medicamentos - Dosis/Frecuencia	Comentarios/Actualizaciones

Patient Label  
placed here

**WakeMed Rehab  
Outpatient Services  
Intake Profile and Problem List**

Alergias	Reacción	Inicio
1.		
2.		
3.		
4.		

Alguna cirugía o lesión: En caso afirmativo, por favor explique y la fecha: \_\_\_\_\_

**Historia Médica:** **Por Favor Explique**

Alguna vez ha tenido o actualmente tiene:		
Asma u otros problemas respiratorios	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Falta de aire	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Convulsiones/epilepsia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Derrame Cerebral	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
TIA (mini derrames)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Dolores de cabeza frecuentes o graves	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Mareos/vértigo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Caídas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Dolor crónico (dolor de más de 1 mes)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Problemas de la espalda o cuello	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Artritis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Osteoporosis u Osteopenia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Una fractura asociada a una caída	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Ha tenido o actualmente tiene dificultades con actividades diarias en el hogar, trabajo o en la comunidad?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Se ha roto alguna vez un hueso?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Ha tenido una prueba de densidad ósea?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Entumecimiento/hormigueo: En caso afirmativo, indique dónde?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Debilidad: En caso afirmativo, indique dónde?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Enfermedades de la Piel	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Ataque al corazón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Problemas de la tiroides	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Problemas del corazón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Dolor en el pecho	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Tiene un marcapaso o desfibrilador?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Cancer? En caso afirmativo, indique el sitio y cualquier tratamiento de cáncer?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
VIH o SIDA	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Hepatitis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Pérdida de peso inexplicable o ganancia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Historia de heridas/úlceras	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Dificultad para deglutir	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Alta presión sanguínea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Azúcar baja en la sangre	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Cualquier problema con la vejiga/control del intestino	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Cualquier dolor o dificultad al orinar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Problemas de colesterol	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Problemas de visión	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Problemas del oído o audición	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Problemas al hablar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Uso actual o pasado de tabaco	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Uso de la cafeína	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Consumo de alcohol	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Uso de drogas recreativas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Diagnóstico de Salud Mental: En caso afirmativo, indique el diagnóstico	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Patient Label  
placed here

**WakeMed Rehab**  
**Outpatient Services**  
**Intake Profile and Problem List**

¿Alguna vez ha tenido otros problemas médicos mayores? En caso afirmativo, indique:

¿Cuando se le ha programado otra cita con su médico? \_\_\_\_\_

¿Ha hecho o se le ha programado para ver otros profesionales médicos o centros de cuidado de heridas con respecto a su condición?  Sí  No

En caso afirmativo, por favor escriba su nombre y especialidad: \_\_\_\_\_

¿Ha recibido servicios de rehabilitación (Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Patología del Habla y Lenguaje) u otro tratamiento por esta condición antes de llegar aquí? \_\_\_\_\_

<b>Activities of Daily Living:</b>	
¿Depende de otros para el cuidado (compras, bañarse, las tareas del hogar)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Dependen otros de usted para su cuidado? (niños pequeños, parientes mayores, personas enfermas o discapacitadas, etc.)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Vive solo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene escalones para entrar en su casa o en el interior de su casa? En caso afirmativo, ¿Cuántos pasos _____ y <input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2, o <input type="checkbox"/> no hay rieles.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Está usted manejando?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

<b>Preguntas de Salud de la Mujer</b>		<b>Por favor Explique</b>
¿Está embarazada? En caso afirmativo, ¿cuántas semanas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Ha ido a ver a un Obstetra/Ginecólogo en el último año?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Ha tenido complicaciones con embarazos o partos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Firma de la persona que completa este formulario: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si usted no es el paciente que está completando este formulario, ¿cuál es su relación con el paciente?

**Uso de Oficina (Office Use):**

Therapist's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ am/pm  
*(Signature indicates review of this information)*

Therapist's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ am/pm  
*(Signature indicates review of this information)*

Therapist's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ am/pm  
*(Signature indicates review of this information)*

Therapist's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ am/pm  
*(Signature indicates review of this information)*

Therapist's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ am/pm  
*(Signature indicates review of this information)*

Therapist's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ am/pm  
*(Signature indicates review of this information)*

Therapist's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ am/pm  
*(Signature indicates review of this information)*

Patient Label  
placed here