

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:

¿Cuándo 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? _____

Activities of Daily Living:	
¿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

Preguntas de Salud de la Mujer		Por favor Explique
¿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