**Historial Medico**

**Condiciones Previas Existentes o Relevantes:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Alergias | ⃝ Si ⃝ No | Diabetes | ⃝ Si ⃝ No | Esclerosis Múltiple | ⃝ Si ⃝ No |
| Anemia | ⃝ Si ⃝ No | Mareos | ⃝ Si ⃝ No | Enfermedad Muscular | ⃝ Si ⃝ No |
| Ansiedad | ⃝ Si ⃝ No | Enfisema/ Bronquitis | ⃝ Si ⃝ No | Neuropatía | ⃝ Si ⃝ No |
| Artritis-Osteo | ⃝ Si ⃝ No | Fibromialgia | ⃝ Si ⃝ No | Osteoporosis | ⃝ Si ⃝ No |
| Artritis-Rheumatoide | ⃝ Si ⃝ No | Fracturas | ⃝ Si ⃝ No | Parkinson | ⃝ Si ⃝ No |
| Asma | ⃝ Si ⃝ No | Problemas de Vesícula Biliar | ⃝ Si ⃝ No | Prostesis | ⃝ Si ⃝ No |
| Trastorno autoinmune | ⃝ Si ⃝ No | Dolores de Cabeza | ⃝ Si ⃝ No | Convulsiones | ⃝ Si ⃝ No |
| Lesion Cerebral | ⃝ Si ⃝ No | Discapacidad Auditiva | ⃝ Si ⃝ No | Fumador | ⃝ Si ⃝ No |
| Cancer | ⃝ Si ⃝ No | Hepatitis | ⃝ Si ⃝ No | Problemas de Habla | ⃝ Si ⃝ No |
| Condiciones cardíacas | ⃝ Si ⃝ No | Presión Aterial Alta/Bajia | ⃝ Si ⃝ No | DDD Espinal | ⃝ Si ⃝ No |
| Marcapasos cardíaco | ⃝ Si ⃝ No | Colesterol Alto | ⃝ Si ⃝ No | Estenosis Espinal | ⃝ Si ⃝ No |
| Dependencia Química | ⃝ Si ⃝ No | HIV/AIDS | ⃝ Si ⃝ No | Accidente Cerebrovascular | ⃝ Si ⃝ No |
| Problemas de Circulación | ⃝ Si ⃝ No | Incontinencia | ⃝ Si ⃝ No | Enfermedad Tiroidea | ⃝ Si ⃝ No |
| COPD | ⃝ Si ⃝ No | Problemas Renales | ⃝ Si ⃝ No | Tuberculosis | ⃝ Si ⃝ No |
| Actualmente Embarazada | ⃝ Si ⃝ No | Implantes metálicos | ⃝ Si ⃝ No | Vertigo | ⃝ Si ⃝ No |
| Depresion | ⃝ Si ⃝ No | MRSA | ⃝ Si ⃝ No | Discapacidad Visual | ⃝ Si ⃝ No |

**Altura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Historia de La Caida:**

* Lesión como resultado de una caída en el último año? Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ □ Dos o más caídas en el último año?

**Historia de La** **Cirugía:**

Región del Cuerpo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tipo de Cirugía:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha:\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

Región del Cuerpo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tipo de Cirugía:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha:\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

Región del Cuerpo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tipo de Cirugía:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha:\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

Región del Cuerpo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tipo de Cirugía:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha:\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

**Medicamentos Actuales:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **MEDICAMENTOS** | **LA DOSIS** | **FRECUENCIA** | **RAZON DE USO** | **CÓMO SE ADMINISTRA** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**□ Actualmente no Toma Ningún Medicamento**

**Firma del Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma del** **Terapista: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**