



**Cuestionario de registro para
fisioterapia/terapia ocupacional**

CHRISTUS Good Shepherd Health System 700 E. Marshall Ave., Longview, Texas 75601

Fecha: _____

BIENVENIDO A NUESTRA CLÍNICA. Para ayudarnos a darle atención, complete o encierre en un círculo las respuestas de la mejor manera posible.

NOMBRE: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____ **EDAD:** _____

Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino

Idioma principal: _____ **Entiende inglés** ☐ SÍ ☐ NO **Se necesita intérprete:** ☐ SÍ ☐ NO

Describe el motivo de su visita. Su lesión, operación o inicio de los síntomas: _____

Fecha de la operación: _____ **Fecha de la lesión:** _____

Encierre en un círculo cualquier PRUEBA ANTERIOR que le hayan hecho: Radiografía/MRI/Escaneo por CT/NCV/EMG/Otro: _____

Resultados: _____

¿Ha recibido fisioterapia/terapia ocupacional/terapia del habla en los últimos 60 días? ☐ SÍ ☐ NO

El establecimiento de objetivos es necesario para ayudar con el tratamiento y justificar la necesidad médica. Su participación es fundamental para establecer sus objetivos.

Actividades recreativas o deportes que quisiera retomar después de su terapia: _____

Haga una lista de las actividades que actualmente no puede hacer debido a su lesión/enfermedad: _____

Mencione sus objetivos para la terapia: _____

EDUCACIÓN: Grado más alto completado (encierre uno en un círculo): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

☐ Algunos cursos
universitarios/ escuela técnica

☐ Graduado universitario

☐ Estudios de
posgrado/título avanzado

EMPLEO:

____ Trabaja (de tiempo completo/tiempo parcial) fuera de casa

____ Trabaja (de tiempo completo/tiempo parcial) desde casa

____ Jubilado

____ Desempleado

Occupation: _____

____ Estudiante

____ Persona dedicada a la casa

____ Con discapacidad (motivo): _____

____ Restricciones laborales: _____

¿Lesión relacionada con el trabajo? ☐ SÍ ☐ NO **Lesión recreativa/deportiva:** ☐ SÍ ☐ NO

¿Lesión por accidente automovilístico? ☐ SÍ ☐ NO

CHRISTUS Good Shepherd Health System 700 E. Marshall Ave., Longview, Texas 75601

¿Alguna vez le han diagnosticado algo de esto?

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Asma | ☐ Diabetes | ☐ Osteoporosis/Ostopenia |
| ☐ Alzheimer/demencia/pérdida de la memoria | ☐ Fibromialgia | ☐ Marcapasos |
| ☐ Trastorno de ansiedad/depresión/ trastorno bipolar/esquizofrenia | ☐ Fracturas | ☐ Enfermedad de Parkinson |
| ☐ Artritis: OA/RA/Deg. articular | ☐ GERD/Reflujo | ☐ Neuropatía periférica/enfermedad vascular periférica |
| ☐ Cáncer, si respondió Sí, ¿de qué tipo? _____ | ☐ Pérdida auditiva | ☐ Psoriasis |
| ☐ Dependencia de sustancias químicas | ☐ Hepatitis | ☐ Embolia pulmonar/coágulos de sangre/DVT |
| ☐ Problemas cardíacos: CHF/CAD | ☐ Presión alta | ☐ Convulsiones/epilepsia |
| ☐ Derrame cerebral/CVA/TIA | ☐ Incontinencia | ☐ Lupus eritematoso sistémico |
| ☐ COPD/enfisema | ☐ Enfermedades de los Riñones | ☐ Tuberculosis |
| | ☐ MRSA / Cdiff / VRE / HIV | ☐ Problemas de la vista |
| | ☐ Esclerosis múltiple | |
| | ☐ Distrofia muscular | |

Otro: _____

Historia de operaciones: _____

En el último año, ¿ha tenido alguno de los siguientes síntomas?

- | | | | |
|--|--|--|---|
| ☐ Desvanecimientos | ☐ Dificultad para hablar | ☐ Problemas auditivos | ☐ Dolor por la noche |
| ☐ Problemas intestinales/ de la vejiga | ☐ Mareos | ☐ Pérdida del apetito | ☐ Zumbido en los oídos |
| ☐ Dolor de pecho | ☐ Fatiga | ☐ Pérdida del equilibrio | ☐ Falta de aire |
| ☐ Problemas de Coordinación | ☐ Fiebre/escalofríos | ☐ Náuseas/vómitos | ☐ Problemas urinarios |
| ☐ Dificultad para dormir | ☐ Picazón frecuente | ☐ Sudoración nocturna | ☐ Problemas de la vista |
| ☐ Dificultad para tragar | ☐ Dolores de cabeza | ☐ Entumecimiento/debilidad | ☐ Pérdida/aumento de peso |

¿Se ha caído en los últimos 6 meses? ☐ SÍ ☐ NO ¿Cuántas veces? _____ ¿Se lesionó? ☐ SÍ ☐ NO

¿Tiene su casa esto?

☐ Casa de uno/dos pisos	☐ Casa móvil
☐ Apartamento privado	☐ Centro de vida asistida/residencia comunitaria
☐ Sin hogar	

¿Vive solo? ☐ SÍ ☐ NO (¿con quién?) _____

¿Pueden ayudarlo las personas con las que vive? ☐ SÍ ☐ NO

¿Tiene su casa esto?

- | | | |
|---|----------------------------------|--|
| ☐ Escaleras con pasamanos | ☐ Rampas | ☐ Terreno/superficies irregulares |
| ☐ Escaleras sin pasamanos | ☐ Elevadores | ☐ Dispositivos de apoyo: Inodoro portátil/banco para bañera/barra de apoyo |

¿Usa algo de esto?

- | | | |
|---|---|-----------------------------------|
| ☐ Anador | ☐ Bastón | ☐ Otro: _____ |
| ☐ Silla de ruedas | ☐ Silla motorizada | |
| ☐ Aparato ortopédico/férula/soporte | ☐ Aparatos auditivos | |
| | ☐ Ningún dispositivo de apoyo | |

CHRISTUS Good Shepherd Health System 700 E. Marshall Ave., Longview, Texas 75601

MARQUE SU DOLOR en el diagrama de la derecha

Parte de delante Parte de atrás

CALIFIQUE su dolor: (“0”: = sin dolor, “10” = el peor dolor posible)

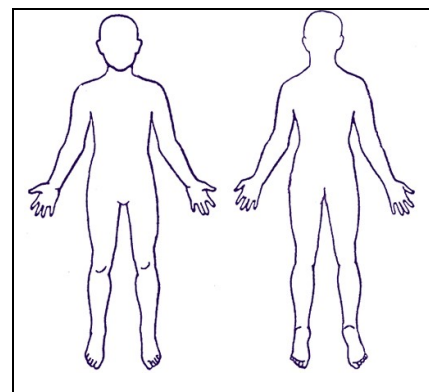
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
MÍNIMO LEVE			MODERADO			INTENSO			MUY INTENSO	EL PEOR POSIBLE

Califique el dolor en reposo _____ Califique el nivel mínimo de dolor _____

Califique el dolor en su peor nivel _____ Califique el dolor con la actividad _____

¿Ha tenido ese dolor por más de 6 semanas? ☐ SÍ ☐ NO

Analgésicos: Ninguno – Con receta – Sin receta



¿Qué empeora su dolor? _____

¿Qué mejora su dolor? _____

Describa su dolor (encierre en un círculo lo que corresponda): dolorido - ardor - constante - contracciones - calambres - aplastante - malestar - sordo - pesado - intermitente - entumecimiento - penetrante - hormigueo como agujas - pulsátil - presión - irradiado - agudo - descarga eléctrica - intenso - espasmo - opresivo - punzante - sensible - palpitante - opresión - hormigueo - no puede describirlo - Otro: _____

¿Cuánto le dura el dolor? (encierre una opción en un círculo): constante/rara vez/una vez por semana/varios días/ocasionalmente/Otro: _____

¿Le afecta su dolor el sueño? ☐ SÍ ☐ NO

En general: Sin cambios - empeora gradualmente - mejora gradualmente - empeora rápidamente - mejora rápidamente

¿Cuál es su objetivo con respecto al dolor? _____

**¿Antes/ahora
usted...?**

☐ Consumía/consume
tabaco

☐ Bebía/bebe alcohol

☐ Era/es sensible al látex

MUJERES: ¿Está embarazada o cree que podría estarlo? ☐ SÍ ☐ NO

Mencione cualquier costumbre o creencia religiosa/costumbre/deseo que pudiera relacionarse con su atención:

