



## Formulario del historial médico para pacientes externos del SAI

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha cuando comenzó su condición actual: \_\_\_\_\_

Por favor describa su condición actual: \_\_\_\_\_

¿Cuáles son sus objetivos para la terapia? \_\_\_\_\_

**¿En este momento está experimentando dolor? SÍ NO** Nivel de dolor 0-10 **Ahora \_\_Mejor \_\_Peor\_\_**

¿Se ha caído durante el año pasado?	SÍ NO
¿Le preocupa caerse?	SÍ NO
¿Le gustaría hablar con alguien respecto al suicidio?	SÍ NO
¿Le gustaría hablar con alguien acerca de un descuido o abuso actual?	SÍ NO
¿Ha sido diagnosticado con Candida auris (C.auris)?	SÍ NO

**Ambiente en el hogar:** Un solo nivel    Multinivel    Escaleras: **SÍ NO**    Rampa: **SÍ NO**

¿Vive solo? **SÍ NO**

¿Tiene un cuidador? **SÍ NO**

¿Ha tenido recientemente alguno de los siguientes? radiografía    resonancia magnética    tomografía

computarizada    Mielograma    EMG/NCS    Estudio de deglución

Resultados: \_\_\_\_\_

Por favor indique **SÍ**: esta enfermedad **está** presente en el historial médico o **NO**: la enfermedad **NO está** presente en el historial médico:

Diabetes mellitus tipo I o II	SÍ	NO	Artritis (reumatoide y/o artritis)	SÍ	NO
Depresión (u otro diagnóstico psiquiátrico que cause alteraciones del estado de ánimo, p.ej, trastorno bipolar)	SÍ	NO	Estimulador implantado /bomba y o Marcapasos/desfibrilador	SÍ	NO
Enfermedad neurológica (p.ej, esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson)	SÍ	NO	EPOC, asma, enfisema, u otra enfermedad pulmonar	SÍ	NO
Discapacidad visual (p.ej, cataratas, glaucoma, degeneración macular)	SÍ	NO	Problemas de deglución	SÍ	NO
Discapacidad auditiva	SÍ	NO	ataque al corazón	SÍ	NO
Derrame/TIA	SÍ	NO	Enfermedad cardíaca ncluida insuficiencia card'ílaca	SÍ	NO
Apnea/dificultad para dormir	SÍ	NO	Ansiedad y o trastorno de pánico	SÍ	NO
Síndrome de fatiga crónica	SÍ	NO	Escoliosis	SÍ	NO

Problemas de circulación	SÍ	NO	Problemas de tiroides	SÍ	NO
Mareos/Vértigo	SÍ	NO	Osteoporosis y/o fracturas	SÍ	NO
Fibromialgia	SÍ	NO	Convulsiones	SÍ	NO
Dolores de cabeza/migrañas	SÍ	NO	Dolor en el pecho	SÍ	NO
Presión arterial alta	SÍ	NO	Embarazo (si la respuesta es Sí # de semanas __)	SÍ	NO
¿Usted es alérgico al látex?	SÍ	NO	Alergias a Medicamentos/alimento:	SÍ	NO
por favor enumere					
Otras condiciones médicas: Por favor enumere:					

Por favor enumere sus medicamentos actuales

Paciente/Tutor Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del terapeuta: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

**CLINICIAN USE ONLY BELOW LINE**

Limber Pain Score: \_\_\_\_\_

Limber PROMIS Pain Interference: \_\_\_\_\_

Limber OUTCOME SCORE: \_\_\_\_\_

Limber OUTCOME NAME: \_\_\_\_\_