

## Examinación Previa -

Para evaluar su condition en forma completa por favor trate de ser lo más acertado/a posible sino no sabe de algún punto no necesita contestarlo. Sino le alcanza el espacio agregue una hoja en blanco. Gracias

Ocupación:                                  Sexo:    M        F                    Edad :                    Peso:                    Altura:

Es Derecho, Zurdo o ambos?

País y Estado :

1- **Importante:** Agregue TODAS las cirugías pasadas que recuerda, si es posible con las fechas (aunque sean estéticas y de parto como cesáreas)

2- A tenido fracturas alguna vez? Cuándo y en qué parte del cuerpo?

3-Tiene Tatuajes? Cuántos? Dónde?

4-Tiene metales en el cuerpo? Dónde? Fecha aproximada? (ejemplos Stent, Marcapasos, Reemplazos de Cadera, Rodilla, Tornillos y placas y dentaduras)

5- Ha tenido accidentes automovilísticos? Cuántos? Cuándo?

Ha tenido Caídas? Cuándo?

En caso de que la respuesta es Sí.

Ha tenido algún tratamiento luego del mismo? De qué tipo?

6- Agregue todas las condiciones médicas que tiene o se le ha dicho que tiene (ejemplo Diabetes, presión, colesterol problemas neurológicos, Parkinson hemiplejías, falta de aire, artritis, osteoporosis prob circulatorios, cardíacos u otros):

Toma medicamentos para alguna de esas condiciones? Cuáles?

7-Está con tratamiento psiquiátrico o psicológico (ejemplo ansiedad, depresión, bipolaridad).

8-Tiene problemas de la vista? Está operado/a?

Tiene problemas de la audición?

Tinnitus o algún otro?

Tiene (marcar) mareos o dolores de Cabeza? Puede describirlos?

**9-Sufre de algún dolor?** Si la respuesta es **NO** no necesita contestar los puntos sobre el dolor. Son los puntos 9.

9.1. Ha tenido este dolor alguna vez este dolor/problema antes? Si No

9.1a) Si la respuesta es si, recibió alguna tratamiento en ese momento? Si No

9.1b) Si la respuesta es **Si** que recibir tratamiento que tipo de tratamiento y dónde? Le ayudó el tratamiento?

9.2- Si tiene dolor dónde es el mismo? Marque las opciones. Ponga D por derecho y L por izquierdo.

Cuello Medio de la Espalda Espalda Baja  
Codo Hombro/Brazo Cadera Rodilla Pié/Tobillo  
Otro:

9.3a) Cómo es el dolor? Profundo Superficial

9.3b) El dolor se mueve o está en un solo lugar?
9.4- Mi dolor/problema está (subrayar) lentamente, rápidamente poniéndose peor mejor más o menos lo mismo
9.5-El Dolor es contante a veces la mayor del tiempo ocasionalmente o de vez en cuando muy de vez en cuando
9.6. En una escala del 1 al 10 9 y 10 considere que ud está en el Hospital del dolor) Cómo ha sido su dolor últimamente?  <div> <div>pequeño discomfort</div> <div>Moderado</div> <div>Insoportable, Severo</div> <div>1-----5-----10</div> </div>
9.7- Qué hace que el dolor sea peor? Algún movimiento?
9.8- Cuándo se pone peor? Cuánto tarda en que se calme de nuevo?
9.9- Hay algo que haga que el dolor disminuya o lo haga sentir mejor ( ejemplo: frío, calor, sentarse, acostarse)
9.10- El dolor es mayo a la mañana tarde noche es indistinto
10. Ha tenido estudios previos? Escriba las fechas si es posible o aproximadamente. Rayos X (zona):  Resonancia Magnetica:  Tiene los resultados, fotos o copias de los mismo que los podría enviar por email (haga copia y agregamos como archivos)
11- Cuando cree empezó el problema? ____/____/20____ (fecha o mes y año aproximados)

12- Cómo cree que comenzó?
13-Tiene dificultades para Ir la baño    Caminar    Correr    Sentarse    Pararse Levantar objetos    Alcanzar objetos    Hacer limpieza    Cambiarse de ropa Otro:
14- Tiene (circule la correcta) adormecimientos    y/o    Hormigueos? el dolor es punzante? quema? Dónde? Si    No
15-Tiene limitaciones en la movilidad? De qué parte del cuerpo?
16- Usa algún aparato para caminar. Redondee cuál SI    NO Cuál? Anadador Baston de un punto o cuatro puntos Muletas    Muletas canadienses Silla de ruedas Silla eléctrica Otro:
17-Cuál es el trabajo actividad que realiza más a menudo? (ejemplo: deportes, gym, artes, baile)
18- Es su colchón firme o blando? Cuán viejo es?
19-Usa alguna ayuda ortopédica? (ejemplo: cama especial, faja u otros)

20- Usa o ha usado algún aparato de fisioterapia por su cuenta?

Calor

Frio

Ultrasonido

TENS (electroestimulación)

Otros:

21- Si Ud escucha o ve en los medios una mala noticia (la respuesta no es para juzgar su personalidad, ni está relacionado con un test de inteligencia, sea honesto/a). Cuál considera como más acertada sería su reacción.

Le causa preocupación.

Le pone ansioso/a.

Le da miedo o temor.

Le da pena y/o tristeza.

Le da bronca o enojo.

22- Ha tenido Kinesiología o Fisioterapia antes? Cómo se ha sentido al respecto?

23- Qué es lo que más le preocupa de su condición actual?

24- Está dispuesto a comprometerse a un programa de cuidados para mejorar su condición?

25- Cuál es su objetivo? Qué espera como resultado de un Tratamiento o Consejo de Salud/ Bienestar y/o Programa de Ejercicios adecuados a su condición?

**Entiendo que mi candidatura para un programa de rehabilitación o un simple programa de Salud y/o bienestar dependerá de mi capacidad y disposición para mejorar. He respondido las preguntas anteriores con honestidad y precisión lo mejor que he podido. El médico / terapeuta determinará si soy o no un candidato viable para un programa de rehabilitación o un simple programa de Salud y/o bienestar y si mi activación en su sistema no está garantizada.**

\_\_\_\_\_  
Nombre del Consultante

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_  
Fecha de hoy