



**Hamilton Healthcare Center
Bradley Whiteside Rehabilitation
Resumen para atención ambulatoria**

Place label here

NOMBRE: _____ **MÉDICO QUE REFIERE AL PACIENTE:** _____

PRÓXIMA CITA CON SU MÉDICO: _____

MÉDICO DE CABECERA: _____

DIAGNÓSTICO O QUEJA: _____

OCUPACIÓN: _____ **TRABAJO NORMAL / TRABAJO LIGERO (Marcar con un círculo)**

RESTRICCIONES DE TRABAJO U OTRAS INDICADAS POR EL MÉDICO: _____

¿CUÁL ES SU OBJETIVO CON LA TERAPIA? _____

HISTORIAL MÉDICO (Marcar con un círculo «S» para Sí o «N» para No)

Problemas o enfermedades cardíacas	S / N	Presión arterial alta	S / N
Ataque al corazón	S / N	Enfermedad pulmonar	S / N
Marcapasos	S / N	Asma	S / N
Antecedentes de coágulos de sangre	S / N	Uso de anticoagulantes	S / N
Trastorno hemorrágico	S / N	Anemia	S / N
Diabetes mellitus	S / N	Dolor de cabeza o migraña	S / N
Problemas de circulación	S / N	Derrame cerebral o mini-derrame cerebral, accidente isquémico transitorio	S / N
Enfermedad tiroidea	S / N	Antecedentes de cáncer (Especificar)	S / N
Neuropatía o enfermedad nerviosa	S / N	_____	
Trastorno convulsivo	S / N	Antecedentes de lesión en la cabeza	S / N
Osteoporosis	S / N	Antecedentes de lesión en la columna	S / N
Antecedentes de fracturas	S / N	Artritis reumatoide	S / N
Implantes de metal (Especificar) _____	S / N	Osteoartritis	S / N
Problemas conductuales o psicológicos	S / N	Uso de prednisona	S / N
Problemas intestinales o vesiculares	S / N	Alergias cutáneas a uno o más de los siguientes:	
¿Está o podría estar embarazada?	S / N	Látex / cera de abejas / adhesivo	
		(Marcar con un círculo)	

OTRA INFORMACIÓN MÉDICA IMPORTANTE: _____

INDIQUE SU HISTORIAL DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS: _____

INDIQUE LOS MEDICAMENTOS QUE TOMA ACTUALMENTE: _____

ENUMERE SUS ALERGIAS: _____

LISTA DE PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO RELEVANTES Y SUS RESULTADOS, SI SE CONOCEN (resonancia magnética, radiografías, tomografías computarizadas, estudios de conducción nerviosa, etc.) _____
