



# CENTRO DE REHABILITACION Y ELECTRODIAGNOSTICO DE HATO REY

## CUESTIONARIO DEL PACIENTE (INTAKE FORM)

NOMBRE: \_\_\_\_\_

APELLIDOS: \_\_\_\_\_

ESTATURA: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_

**\*SOLO PARA USO MÉDICO\***

VITALES: PRESION SANGUINEA: \_\_\_\_/\_\_\_\_ PULSO: \_\_\_\_\_

**ALERGIAS/INTOLERANCIA:**

- NO SOY ALERGICO A MEDICAMENTOS  
 SULFA       LIDOCAINA       ASPIRINA       PENICILINA  
 YODO       CRUSTÁCEOS       OTRO: \_\_\_\_\_

**MEDICAMENTOS ACTUALES:**  ACTUALMENTE NO UTILIZO MEDICAMENTOS

- |          |          |
|----------|----------|
| 1. _____ | 4. _____ |
| 2. _____ | 5. _____ |
| 3. _____ | 6. _____ |

PACIENTE AUTORIZA AL MÉDICO ACCESO ELECTRÓNICO A TODO SU HISTORIAL DE MEDICAMENTOS EN FARMACIAS PARTICIPATES.

SI     NO

**HISTORIAL SOCIAL:**

¿FUMA O FUMABA?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	FRECUENCIA:	<input type="checkbox"/> DIARIO	<input type="checkbox"/> ALGUNOS DIAS	<input type="checkbox"/> FUMO EN EL PASADO
¿CONSUME ALCOHOL?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	FRECUENCIA:	<input type="checkbox"/> DIARIO	<input type="checkbox"/> 1 o 2 X SEMANA	<input type="checkbox"/> OCASIONALMENTE
¿HA USADO DROGAS ILEGALES?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	¿ACTUALMENTE?:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
¿HACE EJERCICIO?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	FRECUENCIA:	<input type="checkbox"/> +5 O MAS DIAS	<input type="checkbox"/> 1-3 DIAS	<input type="checkbox"/> OCASIONALMENTE
*¿Qué tipo de Ejercicio o Deporte hace?:						
¿EN QUE POSICION DUERME?	<input type="checkbox"/> BOCA ABAJO	<input type="checkbox"/> BOCA ARRIBA	<input type="checkbox"/> DE LADO			

**HISTORIAL FAMILIAR:**

MARQUE SI SU MADRE O PADRE PADECE O PADECIÓ DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

CONDICION	MADRE	PADRE	CONDICION	MADRE	PADRE
ARTRITIS			HIPERTIROIDISMO		
CÁNCER			HIPOTIROIDISMO		
DERRAMES CEREBRALES			OSTEOPOROSIS		
DIABETES			ENFERMEDAD PSIQUIATRICA		
ENFERMEDAD CARDIACA			OTRO: _____		
HIPERTENSION					

POR FAVOR REVISE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS Y MARQUE LA QUE LE APLIQUE:

HISTORIAL MÉDICO PASADO	APLICA	CIRUJÍAS PREVIAS	AÑO	APLICA
ANEMIA (281.9)		REPARACION DE ACL		
ANGINA DE PECHO (413.9)		CIRUGIA DE ESPALDA		
ASMA (493.90)		CIRUGIA PARA TUNEL CARPAL		
FIBRILACIÓN ATRIAL (427.31)		CIRUGIA DE CERVICAL		
CÁNCER (199.1)		CIRUGIA DE CORAZON		
DIABETES (250.0)		REEMPLAZO DE CADERA		
COÁGULOS DE SANGRE EN PIERNA (453.40)		ARTROSCOPIA DE RODILLA		
HEPATITIS		REEMPLAZO DE RODILLA		
COLESTEROL ALTO (272.0)		MASTECTOMIA		
HIPERTENSION (401.9)		REPARACION DE MANGUILLO DEL HOMBRO		
HIPERTIROIDISMO (242.0)		REEMPLAZO DE HOMBRO		
HIPOTIROIDISMO (244.8)		CIRUGIA DE MUÑECA		
ENFERMEDAD INFECCIOSA (136.9)		OTROS: _____		
FALLO RENAL CRONICO (585.9)		_____		
Otro: _____		_____		

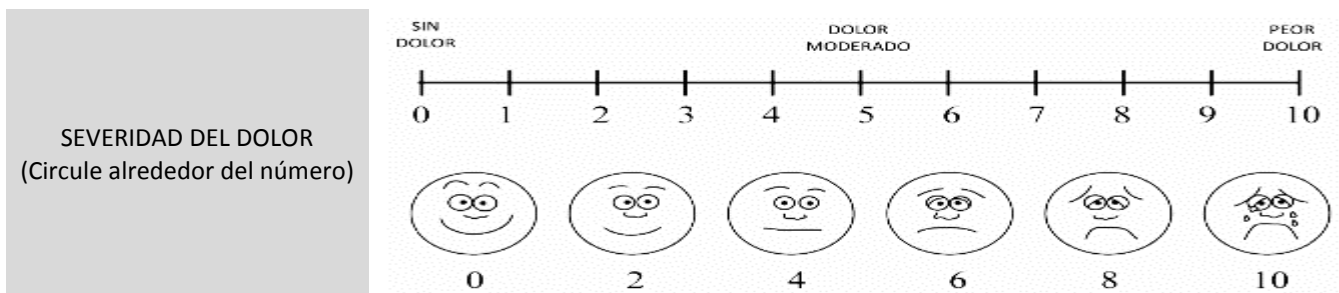
**MARQUE TODOS LOS SINTOMAS QUE ACTUALMENTE LE APLICAN**

<b>CONSTITUCIONAL</b>	<b>APLICA</b>	<b>MUSCULOSKELETAL</b>	<b>APLICA</b>
FIEBRE		CALAMBRES MUSCULARES	
ESCALOFRÍOS		PÉRDIDA DE MASA MUSCULAR	
AUMENTO DE PESO		DEBILIDAD MUSCULAR	
PÉRDIDA DE PESO		DOLOR MUSCULAR O SENSIBILIDAD	
CAMBIO DE APETITO		DOLOR DE CUELLO	
<b>CABEZA/CUELLO</b>	<b>APLICA</b>	DOLOR DE ESPALDA	
CAMBIOS VISUALES		DOLOR EN EL HOMBRO	
DOLOR DE OÍDOS		DOLOR EN ARTICULACION	
SORDERA / PÉRDIDA DE LA AUDICIÓN		RIGIDES EN ARTICULACION	
CAMBIO DE SENTIDO DEL OLFATO		HINCHAZÓN EN ARTICULACION	
DOLOR DE GARGANTA		FRACTURA	
DIFICULTAD PARA TRAGAR		ANOMALÍAS DE POSTURA	
DIFICULTAD CON EL GUSTO (SABOR)		<b>NEUROLÓGICO</b>	<b>APLICA</b>
MASA EN EL CUELLO		CONVULSIONES	
<b>ENDOCRINOLOGIA</b>	<b>APLICA</b>	DIFICULTAD PARA CONCENTRARSE	
SED EXCESIVA		ALTERACIÓN AL CAMINAR	
INTOLERANCIA AL CALOR O AL FRÍO		DOLOR DE CABEZA	
ORINAR EXCESIVAMENTE		DESMAYOS	
NODULO EN LA TIROIDE		PÉRDIDA DE LA MEMORIA	
<b>CARDIOLOGIA</b>	<b>APLICA</b>	MOVIMIENTOS INVOLUNTARIOS	
DOLOR DE PECHO		COORDINACION POBRE	
MALA CIRCULACIÓN		ADORMECIMIENTO	
COÁGULOS DE SANGRE		ESPASTICIDAD (AUMENTO DE TONO MUSCULAR)	
RITMO CARDIACO IRREGULAR		<b>PSIQUIÁTRICO</b>	<b>APLICA</b>
PALPITACIONES		ANSIEDAD	
DOLOR EN LAS EXTREMIDADES AL CAMINAR		DEPRESIÓN	
EDEMA DE LAS PIERNAS		CAMBIOS DE HUMOR	
VENAS VARICOSAS		NERVIOSISMO	
<b>GASTROINTESTINAL</b>	<b>APLICA</b>	DIFICULTAD PARA DORMIR	
DOLOR ABDOMINAL		<b>RESPIRATORIO</b>	
REFLUJO GASTROESOFÁGICO		DIFICULTAD PARA RESPIRAR	
NÁUSEAS O VÓMITOS		ASMA	
VÓMITOS DE SANGRE		TOS CON SANGRE	
HEMORROIDES		APNEA DEL SUEÑO	
ESTREÑIMIENTO FRECUENTE		PITILLO	
DIARREA FRECUENTE		INFECCIONES RESPIRATORIAS	
ÚLCERA DE ESTÓMAGO		<b>PIEL</b>	<b>APLICA</b>
SANGRE EN LA ESCRETA		PICAZÓN	
<b>GENITOURINARIO</b>	<b>APLICA</b>	ERUPCIONES	
INCONTINENCIA URINARIA		EQUIMOSIS (MORETON)	
SANGRE EN LA ORINA		ULCERA EN LA PIEL	
PIEDRAS EN EL RIÑÓN			
DIFICULTAD PARA ORINAR			

**RAZÓN DE SU VISITA HOY:** \_\_\_\_\_ **FECHA QUE INICIÓ EL DOLOR:** \_\_\_\_\_

¿TIENE DOLOR?:  SI  NO

LOCALIZACIÓN DEL DOLOR: \_\_\_\_\_



FIRMA DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

**REPRESENTANTE AUTORIZADO**

NOMBRE: \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_

PARENTESCO: \_\_\_\_\_