



# Hand Center of Oregon, Inc.

Por favor llene este formulario tan honestamente como sea posible. Ayudará a su terapeuta a desarrollar un plan de atención para usted. Si tiene alguna pregunta, no dude en pedir ayuda. Esta información se mantendrá confidencial.

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Hobbies: \_\_\_\_\_

Fecha más reciente de lesión o inicio de síntomas: \_\_\_\_\_ Fecha de la visita al médico inicial: \_\_\_\_\_

¿Estas trabajando?:    Sí            No

Si "no", ¿cuánto tiempo ha estado fuera del trabajo?: \_\_\_\_\_

En este momento puedo:

- |   |  |
|---|--|
| _____ Trabajar sin restricción                        | _____ Trabajar el mismo trabajo con restricción                    |
| _____ Trabajar un trabajo diferente con restricciones | _____ Incapaz de trabajar debido a la disfunción                   |
| _____ Ama de casa                                     | _____ Medio tiempo                                  _____ Retirado |

¿Es un abogado involucrado en este caso?:    Sí    No

Nombre y número de teléfono del abogado: \_\_\_\_\_

¿Ha buscado tratamiento previo para esta condición (no incluye visita con MD)?

- |                                    |                              |
|------------------------------------|------------------------------|
| _____ Ningún otro tratamiento      | _____ Masajista              |
| _____ Terapia física / ocupacional | _____ Psiquiatra / psicólogo |
| _____ Quiropráctica                | _____ Otro                   |

Enumere todos los medicamentos que está tomando actualmente (píldoras, inyecciones, parches cutáneos, etc.)

\_\_\_\_\_

Enumere las cirugías/procedimientos de las extremidades superiores, incluidas las fechas aproximadas y los motivos de las cirugías/procedimientos

Fecha	Cirugía / procedimiento	Motivo
-------	-------------------------	--------

---



# Hand Center of Oregon, Inc.

Por favor, compruebe todas las siguientes condiciones que se aplican a usted en este momento o en el pasado:

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alta presión sanguínea               | <input type="checkbox"/> Diabetes                | <input type="checkbox"/> Gota              |
| <input type="checkbox"/> Artritis OA RA                       | <input type="checkbox"/> Epilepsia / Incautación | <input type="checkbox"/> Carrera           |
| <input type="checkbox"/> Mareos / Desmayos                    | <input type="checkbox"/> Enfermedad del Riñón    | <input type="checkbox"/> Hepatitis A B C   |
| <input type="checkbox"/> Problemas Tiroideos                  | <input type="checkbox"/> Dolor de pecho          | <input type="checkbox"/> Ataque al Corazón |
| <input type="checkbox"/> Enfisema / Bronquitis                | <input type="checkbox"/> Tuberculosis            | <input type="checkbox"/> Depresión         |
| <input type="checkbox"/> Dependencia Química o Alcohol        | <input type="checkbox"/> Cáncer                  | <input type="checkbox"/> VIH               |
| <input type="checkbox"/> Problemas Emocionales / Psicológicos | <input type="checkbox"/> MRSA                    | <input type="checkbox"/> Marcapasos        |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de Corazón: Fecha: _____     | Alergias: _____                                  |  |
| <input type="checkbox"/> Otras Condiciones Contagiosas: _____ |  |  |

¿Has experimentado algún cambio significativo en:

- Estado anímico / hábitos de sueño? \_\_\_\_\_ Interés o placer en las actividades diarias? \_\_\_\_\_  
 Pérdida / ganancia de apetito o peso? \_\_\_\_\_ Capacidad de pensar o concentrarse? \_\_\_\_\_  
 Nivel de energía (inquietud, letargo o fatiga)? \_\_\_\_\_  
 Pensamientos recurrentes de la muerte o de hacerse daño? \_\_\_\_\_

¿Cuántos paquetes de cigarrillos fumas diariamente? \_\_\_\_\_

¿Cuántos días a la semana bebes alcohol? \_\_\_\_\_

Si una bebida equivale a una cerveza o vaso de vino, ¿cuántas bebidas consume al mismo tiempo? \_\_\_\_\_

¿Hay otras sustancias que uses regularmente? \_\_\_\_\_

En que cantidad? \_\_\_\_\_

¿Conoce su diagnóstico actual? Sí No

¿Tiene alguna pregunta sobre su diagnóstico o pronóstico? Sí No

Califique su nivel promedio de incomodidad en la escala a continuación:

0 = Sin Dolor

10 = Dolor Severo

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

<b>PACIENTES DE MEDICARE SOLAMENTE</b>	
Altura: _____ FT. _____ IN. o _____ cm	Peso: _____ LBS o _____ Kg
<i>-Sólo para uso de oficina-</i>	
<b>REMEMBER TO CHECK:</b>	
<b>PAIN • SMOKING STATUS • ALCOHOL USE • TAOS • MEDICATION</b>	