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

Feche	Cirugía / procedimiento	Motivo

19365 SW 65th Ave. • Suite 200 • Tualatin, OR 97062
phone (503) 692-5210 • fax (503) 692-8821 • www.hc-or.com

Hand Center of Oregon, Inc.

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

_____ Alta presion sanguinea	_____ Diabetes	_____ Gota
_____ Artritis OA RA	_____ Epilepsia / Incautación	_____ Carrera
_____ Mareos / Desmayos	_____ Enfermedad del Riñon	_____ Hepatitis A B C
_____ Problemas Tiroideos	_____ Dolor de pecho	_____ Ataque al Corazón
_____ Enfisema / Bronquitis	_____ Tuberculosis	_____ Depresión
_____ Dependencia Química o Alcohol	_____ Cáncer	_____ VIH
_____ Problemas Emocionales / Psicológicos	_____ MRSA	_____ Marcapasos

_____ Cirugía de Corazón: Fecha: _____ Alergias: _____

_____ Otras Condiciones Contagiosas: _____

¿Has experimentado algún cambio significativo en:

Estado animico 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

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

19365 SW 65th Ave. • Suite 200 • Tualatin, OR 97062
phone (503) 692-5210 • fax (503) 692-8821 • www.hc-or.com