



JPT[®]

JAMAICA PHYSICAL THERAPY P.C.

"Where Quality And Effective Treatment Count"sm

Historial Médico

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

1. Ha tenido alguna vez:

- | | | |
|-----------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Problemas de riñón |
| <input type="checkbox"/> Tumor | <input type="checkbox"/> Gota | <input type="checkbox"/> Piedras en el riñón |
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Piedras en la vesícula | <input type="checkbox"/> Presión alta |
| <input type="checkbox"/> Úlceras | <input type="checkbox"/> Leucemia | <input type="checkbox"/> Enfermedad del pulmón |
| <input type="checkbox"/> Infartos | <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Problemas mentales |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Suicidio |
| <input type="checkbox"/> Migrañas | <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Problemas de corazón |

2. Enfermedades y/o hospitalizaciones: (describir brevemente)

_____ En que año _____
_____ En que año _____

3. Operaciones quirúrgicas: _____ En que año _____
_____ En que año _____

4. Huesos rotos o accidentes: _____ En que año _____
_____ En que año _____

5. Qué medicamentos esta Vd. tomando:

6. Hábitos:

_____ Tabaco _____ Bebidas alcohólicas _____ Otros

7. Situación Personal:

Está trabajando actualmente	_____ Si	_____ No
Vive Vd. en un apartamento	_____ Si	_____ No
Vive Vd. en una casa	_____ Si	_____ No
Tiene Vd. que subir escaleras	_____ Si	_____ No
Tiene Vd. ascensor	_____ Si	_____ No
Tiene Vd. barandilla	_____ Si	_____ No

8. Huesos, Músculos y Articulaciones

_____ Dolor en los músculos	_____ Dolor en las articulaciones
_____ Articulaciones hinchadas	_____ Le suenan las articulaciones
_____ Artritis reumatoide	_____ Ciática
_____ Infección en las articulaciones	_____ Infección en los huesos
_____ Rigidez en las articulaciones	_____ Otros
_____ Dolor en las caderas, rodillas, tobillos o cuando anda	

9. Exámenes anteriores:

_____ Rayos X	Cuándo _____
_____ MRI	Cuándo _____
_____ CT Scan	Cuándo _____