



JPT®

JAMAICA PHYSICAL THERAPY P.C.

"Where Quality And Effective Treatment Count" sm

SINTOMAS ACTUALES

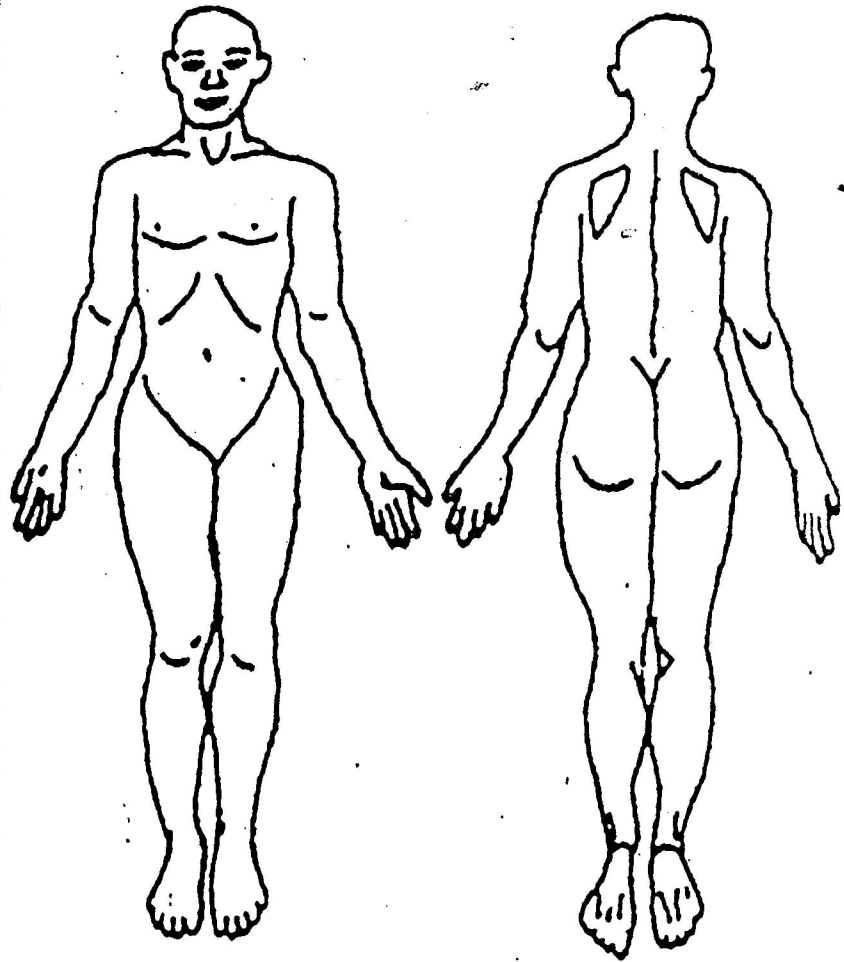
- Dolor de cabeza
 Mareos
 Visión borrosa
 Nausea y vómitos

DOLOR:

- Cuello
 Pecho
 Abdomen
 Flanco
 Dificultades al andar
- Cojea
 Otras molestias (especificar) _____

Lado derecho Lado izquierdo

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mandíbula | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Hombro | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Brazo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Codo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Muñeca | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Manos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Mitad de la espalda | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Parte baja de la espalda | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Cadera | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Extremidad inferior | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Muslo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Rodilla | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Tobillo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Pie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



SENSACION DE:

- Picazón (agujas y alfileres)
- Brazo
 Mano
 Pie
 Dedos de los pies

Otras (especificar) _____

Entumecimiento

- Brazo
 Mano
 Pie
 Dedos de los pies

Otras (especificar) _____

HA VISITADO OTRA OFICINA DE TERAPIA FISICA ESTE AÑO?

SI NO

O/ Y

SI ESTE ES UN CASO DE COMPENSACION DE TRABAJO, A USTED TENIDO TERAPIA FISICA DEBAJO DE ESTE CASO?

SI NO

SI ES AFIRMATIVO, A CUANTAS VISITAS HA ASISTIDO?

NUMERO DE VISITAS