

**Para que lo complete el paciente**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Idiomas que habla: \_\_\_\_\_

Idioma preferido para recibir información de atención médica para el paciente: \_\_\_\_\_

Idioma preferido para recibir información de atención médica para el tutor legal/apoderado de atención médica: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ N.º de teléfono: \_\_\_\_\_

Médico de familia/internista: \_\_\_\_\_ N.º de teléfono: \_\_\_\_\_

Necesidades religiosas/culturales: NO  Sí  Explique: \_\_\_\_\_

Necesidades especiales de aprendizaje: NO  Sí  Explique: \_\_\_\_\_

Dificultad de la audición: NO  Sí  Dificultad para hablar/comunicación: NO  Sí

¿Por qué está aquí? \_\_\_\_\_ Fecha de la lesión \_\_\_\_\_

**Información médica:**

	SÍ	NO	Historial familiar			SÍ	NO
<b>Historial de diabetes</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Sensación disminuida/entumecimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Hipertensión (presión arterial alta)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sensibilidades de la piel:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Ataque cardíaco</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Látex <input type="checkbox"/> /Adhesivos <input type="checkbox"/> /Temperatura <input type="checkbox"/>		
<b>Enfermedad cardíaca</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Historial de úlceras por presión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Colesterol alto</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Marcapasos/desfibrilador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Fuma</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Sangrado/moretos (historial reciente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Dolor de pecho/angina</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Hipoglucemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Mareo/vértigo/desmayos</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Trastorno activo de convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Hipotensión (presión arterial baja)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Demencia/Alzheimer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Dificultad para respirar</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Enfermedad renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Tobillos hinchados</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Tos nocturna</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			* Siempre lleva un inhalador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Cáncer/tumores/masificación</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad pulmonar/enfisema/EPOC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Tratamiento de radiación/quimioterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			* Uso de oxígeno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Osteoporosis</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Está embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Osteoartritis</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<b>Artritis reumatoide</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Durante el último mes, ¿con frecuencia le ha molestado sentirse triste, deprimido o sin esperanza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Enfermedad reumática</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Ha tenido/tiene: <b>Accidente cerebrovascular</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Durante el último mes, ¿con frecuencia se le ha molestado por tener poco interés en las cosas o haber perdido el gusto hacer las cosas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Esclerosis múltiple</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<b>Lesión cerebral</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Lesión de la espina dorsal</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<b>Fracturas</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
FECHA: _____ ÁREA: _____							
FECHA: _____ ÁREA: _____							

<b>En los últimos tres meses ha experimentado:</b>			<b>¿Tiene dolor?</b>		
<i>Cambios o dificultades intestinales</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ubicación del dolor _____		
<i>Cambios o dificultades con la vejiga</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Si respondió que "sí" a cualquiera de las anteriores:</b>		
<i>Sudores nocturnos</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Está bajo el cuidado de un médico por estas condiciones?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<i>Fiebre</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

**Alergias:** \_\_\_\_\_

**Cirugías durante los últimos tres meses:** Incluya fechas: \_\_\_\_\_

**¿Cuáles son sus metas de rehabilitación?:** \_\_\_\_\_

**Información médica:**

Si necesita información sobre las Instrucciones médicas anticipadas, comuníquese con el Administrador del lugar/Asistente de la oficina.  
Las instrucciones médicas anticipadas no se pueden cumplir en el centro de pacientes ambulatorios

<b>EVALUACIÓN DE RIESGO DE SUFRIR CAÍDAS*:</b>	SÍ	NO
¿Se ha caído en el último año?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si es así, ¿cuántas veces? _____		
¿Cualquiera de estas caídas ha resultado en una lesión durante del último año?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene miedo de caerse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se ha sentido inseguro recientemente cuando camina o en su silla de ruedas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha sentido mareos o vértigo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene problemas de la vista que no se corrigen con anteojos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Usa sedantes que afectan su nivel de alerta durante el día?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene dificultades de la memoria/ cognitivas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene una discapacidad en una extremidad inferior que le afecte al caminar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>EVALUACIÓN NUTRICIONAL</b>	SÍ	NO
¿Pérdida de peso inexplicable? (>5% en los últimos 30 días)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pérdida reciente del apetito/aversión a comida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene dificultad para tragar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Disminución en la ingesta de comida? (<50% por 3 días o más)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Está bajo el cuidado de un médico por estas condiciones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**DE ACUERDO CON LOS CRITERIOS DE LA PRUEBA DE EVALUACION DE**

\*Se considera que el paciente está en riesgo de sufrir una caída si se ha caído dos o más veces durante el último año

\*Se considera que el paciente está en riesgo de sufrir una caída si se ha caído una vez con resultado de una lesión durante el último año

**MEDICAMENTOS ACTUALES (lista a continuación)**

Proporcione una lista separada de medicamentos:

Actualmente no estoy tomando medicamentos sin receta médica o con receta médica/productos

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

¿Todos los medicamentos los recetó el médico? Sí  NO

\*RIESGO DE SUFRIR UNA CAÍDA: se considera al paciente en riesgo de sufrir una caída si contesta afirmativamente a tres o más preguntas de la evaluación de riesgo de sufrir caídas, si cumplen con la evaluación de CMS criterios para riesgos de sufrir una caída o si la opinión del terapeuta lo indica. El profesional médico debe consultar la Política de prevención de caídas en el manual de OP KRC P&P (PC OP 1018).

**Informe a su terapeuta sobre cualquier cambio en medicamentos, condiciones médicas o cirugías para que se pueda actualizar esta lista de resumen a medida que progresa en su tratamiento.**

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

**ACTUALIZACIONES:**

Enumere los cambios a los medicamentos:

Enumere los cambios en la condición médica/cirugías:

**FIRMA DEL PACIENTE:** \_\_\_\_\_ **NUEVA FECHA:** \_\_\_\_\_

**Esta información se usará como una guía para su plan de tratamiento. Si necesita un seguimiento médico, comuníquese con su médico.**

**Para ser completado por el terapeuta que lo evalúa**

Se ha identificado que el paciente tiene riesgo de sufrir una caída : sí no

Se ha identificado que el paciente tiene riesgo de nutrición : sí no (Si la respuesta es sí, informe al médico)

El paciente se beneficiaría de una remisión a Servicios Sociales: sí no (sí, si el terapeuta considera que la vida del paciente está en peligro, o si el paciente es una amenaza para los demás)

<b>Firma del terapeuta:</b>	<b>Fecha:</b>	<b>Hora:</b>
<b>Firma del terapeuta:</b>	<b>Fecha:</b>	<b>Hora:</b>
<b>Firma del terapeuta:</b>	<b>Fecha:</b>	<b>Hora:</b>
<b>Firma del terapeuta:</b>	<b>Fecha:</b>	<b>Hora:</b>
<b>Firma del terapeuta:</b>	<b>Fecha:</b>	<b>Hora:</b>

**(El terapeuta revisó el formulario de historial médico con el paciente)**

## Formulario para la prueba de detección médica (Opcional)

Nombre: \_\_\_\_\_

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

**TENGO DOLOR:** SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ (Si la respuesta es no, avance a "Escala funcional específica al paciente" a continuación)

**Utilice el diagrama a continuación para indicar dónde tiene los síntomas ahora.**

Utilice la clave a continuación para indicar los diferentes tipos de síntomas:

Clave:    Hormigueo= ooooooo      Punzante= ////////////////  
           Ardor= XXXXXX            Dolor profundo= ZZZZZZZ

Marque su nivel **mejor (B)**, **actual (C)** y **peor (W)** de dolor o de síntomas en la siguiente línea:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(0 = ninguno - 10 = lo peor imaginable. Indique el nivel de cada uno con B, C, y W)

1. ¿Qué hace que su dolor o síntoma empeore?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. ¿Qué hace que su dolor o síntoma mejore?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. Sus síntomas: (marque una opción)

Están empeorando;     Están igual;     Están mejorando

4. ¿Qué tan bien logra dormir por la noche? (marque una opción)

Bien;     Moderadamente difícil;     Solo con medicamento

5. ¿Tiene dolor por la noche?

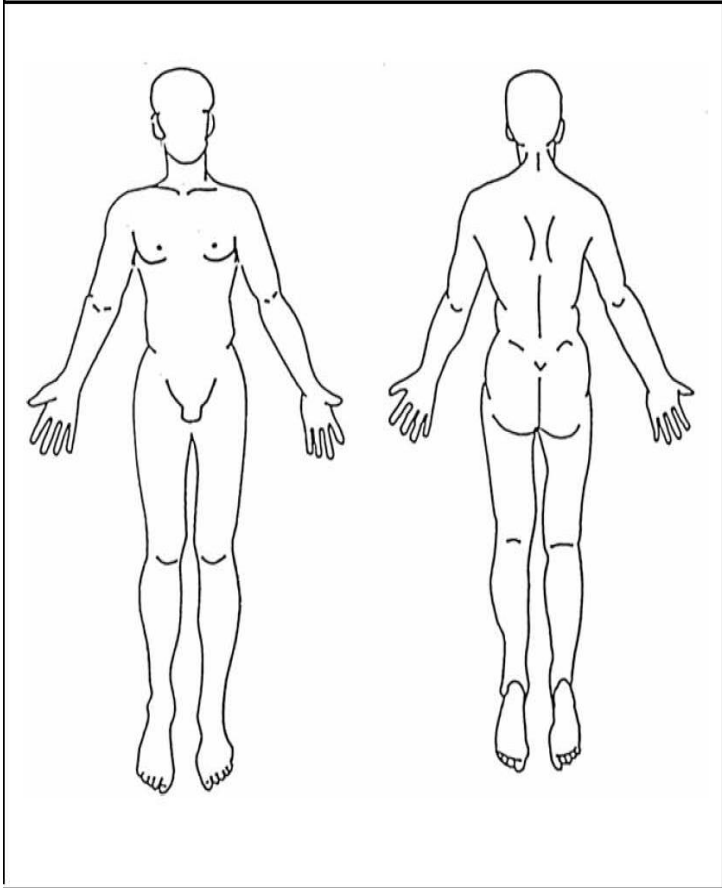
Sí.     No

6. ¿Cuándo (fecha) comenzó su problema? \_\_\_\_\_

7. ¿Ha recibido tratamiento por esto anteriormente?  Sí...  No

¿Cuándo? \_\_\_\_\_

¿Cómo? \_\_\_\_\_



### ESCALA FUNCIONAL ESPECÍFICA PARA EL PACIENTE:

(Uso por primera vez para este caso) Identifique hasta tres (3) actividades importantes que no pueda realizar o con la que tenga dificultad como resultado de su condición médica. Usando la escala de abajo, indique su capacidad para realizar estas actividades hoy.

(0 = no puedo desempeñarla a 10 = igual que antes de la lesión)

1. Actividad _____	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. Actividad _____	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. Actividad _____	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10



