

SPORTS REHAB- información del paciente

Fecha: _____ Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Durante la primera visita, hablaremos sobre sus respuestas a este formulario. Esto nos ayuda a decidir qué pruebas/procedimientos necesitamos hacer. Sus comentarios son muy importantes. **Por favor conteste todas las preguntas. Si no se aplica a su hijo, por favor escriba N/A.**

Razón de la visita: _____

¿Qué espera lograr con su terapeuta? _____

¿El paciente tiene dolor? Si sí, ¿en dónde y cómo se lo controla? _____

Costumbres, creencias religiosas o deseos que debamos saber para servirle mejor: _____

Le daremos información para hacer en casa. ¿Tiene una manera preferida de aprender información nueva?

Imágenes/fotos Escrito Demostración No preferencia

Historial/información médica:

Alergias: _____

Doctor primario: _____ Próxima cita: _____

Otros doctores (especialistas): _____

Medicamentos: _____

Condición(es) médica(s): _____

Precauciones conocidas (no apoyar peso, no deportes, etc.): _____

Hospitalizaciones y/o cirugías (con fechas aproximadas): _____

¿Radiografías, escanes de CT, tomografías para esta condición? Sí No ¿resultados? _____

¿Vacunas al día? Sí No

Por favor anote el equipo, cabestrillos, u ortóticos que usa: _____

Preferencia de mano para escribir, comer, etc.: Derecha Izquierda

¿Lastimaduras o terapia previa para las condiciones actuales o para otras condiciones? _____

¿En cuales actividades físicas comunitarias está involucrado el paciente? ¿Cuánto duras las sesiones y cuantas veces a la semana participa?

Junto con la salud física de su hijo, nos gustaría saber sobre la salud mental de su hijo.

¿Hay problemas familiares que pueden afectar el cuidado de su hijo? Sí No

Si sí, por favor comparta: _____

¿Ha notado cambios en los estados de ánimo o comportamiento de su hijo? Sí No

Si sí, por favor comparta: _____

Por favor anote cualquier otra preocupación que quiera que sepamos: _____



Gracias por su tiempo para llenar este formulario para poderle servir mejor.