



DTR1394

DTR1394

PATIENT INFORMATION

Name: _____
 MR#: _____ Finance: _____
 DOB: _____
 MD: _____

Cuestionario del Historial Ortopédico para la Terapia Física/Ocupacional

Identificación

Fecha: _____ Nombre del paciente: _____
 Sexo: Hombre Mujer Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Persona que completa este formulario: _____

Historial de Problemas

Describe tanto como le sea posible la razón de su remisión/inquietud: _____

¿Cuándo se dio cuenta del problema o cuándo sucedió la lesión? _____

¿Ha recibido el paciente ayuda para este problema? Si es así, ¿de qué tipo? _____

¿Cuáles son las metas de la terapia del paciente / suyas? _____

Historial Médico

¿Tiene el paciente dolor? Sí No Explique: _____
 ¿Está tomando medicamentos? Sí No ¿Cuáles(s)? _____
 _____ ¿Por qué? _____

¿Usted considera que se cumplen las necesidades de nutrición del paciente? Sí No Explique: _____

Ha sido el paciente alguna vez diagnosticado con:

X		POR QUIÉN	CUANDO
	Alergias		
	Asma		
	Autismo		
	Enfermedad de la sangre		
	Parálisis cerebral		
	Problemas dentales		
	Problemas del desarrollo		
	Diabetes		
	Síndrome de Down		
	Trastorno alimenticios		
	Problemas motrices finas		
	Problemas motrices gruesas		
	Lesión en la cabeza		
	Pérdida auditiva		
	Problemas del corazón		
	Meningitis		
	Trastorno muscular		
	Problemas neurológicos		
	Convulsiones		
	Problemas del Habla y/o Lenguaje		
	Impedimento visual		
	Otro (especifique)		

Marque las evaluaciones/terapias que ha recibido el paciente.

- | | | | |
|---|--------------------------------------|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Habla/Lenguaje | <input type="checkbox"/> Ocupacional | <input type="checkbox"/> Comportamiento | <input type="checkbox"/> Psicológico |
| <input type="checkbox"/> Físico | <input type="checkbox"/> Audición | <input type="checkbox"/> Consejería | <input type="checkbox"/> Nutricional |
| <input type="checkbox"/> Capacitación de los padres | <input type="checkbox"/> Educativa | <input type="checkbox"/> Educativa | <input type="checkbox"/> Desarrollo |

Describe los resultados:

Social/Comportamiento

Describe algún comportamiento que pudiera limitar o afectar la participación del paciente en la terapia: _____

¿Ha habido eventos recientes significantes que hayan sido estresantes? Sí No ¿Por quién? Padres
Paciente

Si es así, explique: _____

¿Puede el paciente seguir instrucciones? _____

¿Puede el paciente retener la información que aprende? _____

Educación

Nombre de la escuela: _____ Año escolar: _____

- Educación regular Educación especial Servicios de terapia Programa en casa