



# Terapia Física Gardena

Record de información subjetiva

Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Fecha de la lesión: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

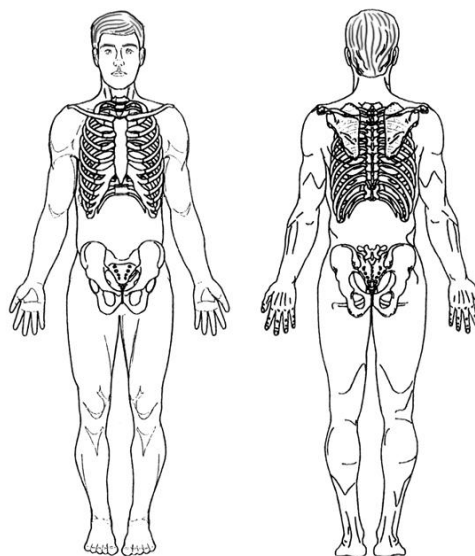
¿Se encuentra trabajando actualmente? Si No Medico Referente: \_\_\_\_\_

Estatura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

Mano Dominante (por favor marque con un circulo) Derecha o Izquierda

## Lesión actual

1. Dibuje ligeramente en todas las áreas de dolor, rigidez malestar, etc.
2. Etiquete el área con el peor dolor
3. Encierre en un círculo cualquier área con entumecimiento u hormigueo.



¿Cuándo ocurrió esto? \_\_\_\_\_

¿Dónde ocurrió esta lesión? \_\_\_\_\_

¿Ocurrió esto por una lesión en su casa? \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ No

¿Ocurrió esto por un accidente automovilístico? \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ No

¿Es esto una condición pos-quirúrgica? \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ No

¿Es esta una condición relacionada con embarazo? \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ No

¿Ocurrió esto por una lesión recreacional? \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ No

¿Ocurrió esto por ninguna causa en particular? \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ No

¿Ocurrió esto por una lesión en su trabajo? \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ No

¿Fue esto por un accidente automovilístico mientras trabajaba? \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ No

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

**Comportamiento:**

¿Qué actividades o posiciones alivian sus síntomas?

- |   |                 |
|---|-----------------|
| _____ Hacer ejercicio                                     | _____ Sentarse  |
| _____ Calor o una ducha caliente                          | _____ Caminar   |
| _____ Hielo   | _____ Descansar |
| _____ Recostarse sobre su espalda con las rodillas arriba |                 |
| _____ Recostarse de lado en posición fetal                |                 |

¿Qué actividades hacen que su dolor empeore? (Marque las peores 2-4 actividades en la lista)

- |                              |                                       |                         |
|------------------------------|---------------------------------------|-------------------------|
| _____ Agacharse y girar      | _____ Labores hogareñas               | _____ Correr            |
| _____ Agacharse              | _____ Levantarse/Acostarse en su cama | _____ Sentarse          |
| _____ Morder una manzana     | _____ Salir/Entrar a su carro         | _____ Deportes          |
| _____ Usar Computadora       | _____ Pararse luego de sentarse       | _____ Agacharse         |
| _____ Toser                  | _____ Levantar Objetos                | _____ Voltear la cabeza |
| _____ Respirar profundamente | _____ Ver hacia abajo                 | _____ Caminar           |
| _____ Peinarse               | _____ Ver hacia arriba                | _____ Bajar escaleras   |
| _____ Manejar                | _____ Recostarse boca abajo           | _____ Subir escaleras   |
| _____ Comer                  | _____ Alcanzar objetos distantes      |                         |

Marque una de las siguientes:

¿Sus síntomas \_\_\_\_\_ incrementan \_\_\_\_\_ disminuyen \_\_\_\_\_ se mantienen igual para el final del día?

¿Cuándo vio a un médico por primera vez? \_\_\_\_\_ Nombre del médico: \_\_\_\_\_

¿Ha estado en tratamiento para esto hasta el momento? SI NO Por favor explique: \_\_\_\_\_

Escriba cualquier otro médico que haya visto por este problema y donde ocurrió el tratamiento:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

¿Ha tenido algunas de las siguientes en relación a su lesión?:

Faja    Yeso    Examen TAC    Electromiografía    Inyección    Resonancia Magnética

Cirugía    Rayos X    Ninguna de las anteriores

¿Cómo describirá sus síntomas?: \_\_\_\_\_ Constantes    \_\_\_\_\_ Intermitentes (Van y vienen)

Si sus síntomas son intermitentes, ¿Con que frecuencia los tiene? Marque uno:

\_\_\_\_\_ Diariamente    \_\_\_\_\_ 1-2 Veces por semana    \_\_\_\_\_ 3-5 Veces por semana

¿Cómo describiría sus síntomas? Marque todas las que apliquen:

\_\_\_\_\_ Rigidez    \_\_\_\_\_ Dolor    \_\_\_\_\_ Pesadez    \_\_\_\_\_ Dolor punzante

\_\_\_\_\_ Entumecimiento/Hormigueo

En una escala del 0-10, 10 siendo el peor dolor imaginable y 0 siendo nada de dolor, ¿dónde se encuentra en la siguiente escala?

0-----2-----4-----6-----8-----10

¿Le dan dolores de cabeza?    \_\_\_\_\_ Sí    \_\_\_\_\_ No

¿Cuántas veces por semana?    \_\_\_\_\_ Veces por semana

---

---

**Historial:**

¿Qué medicamentos está tomando actualmente?: \_\_\_\_\_

¿Está embarazada?    \_\_\_\_\_ Sí    \_\_\_\_\_ No    \_\_\_\_\_ Posiblemente

¿Tiene algún implante metálico?    \_\_\_\_\_ Sí    \_\_\_\_\_ No

¿Alguna vez ha tenido alguna de las siguientes? (Por favor marque en un círculo las que aplican)

Alergias    Asma    Cáncer    Problemas Cardiacos    Diabetes    Osteoporosis

Presión sanguínea alta    Marcapasos    Problemas respiratorios    Ataques epilépticos    Mareos

Describe **cualquier** cirugía, lesión o enfermedad previa (**Con** o **sin relación** a la lesión actual)

Por favor incluya fechas:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

Firma del paciente: \_\_\_\_\_

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

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_