

- 1 University of Kentucky A.B. Chandler Hospital
- 1 UK HealthCare Good Samaritan Hospital
- 1 UK HealthCare Ambulatory Services
- 1 UK Dental and Oral Health Clinics

## Patient Self-Assessment Summary/Sumario de la auto-evaluación por el paciente

Nombre completo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Oficio/Profesión: \_\_\_\_\_

¿Tiene alergia al látex?      Sí       No       Número telefónico: \_\_\_\_\_

¿Se ha caído en los últimos 3 meses? Sí       No       Número telefónico en caso de emergencia: \_\_\_\_\_

¿Ha recibido terapia física en los últimos 12 meses? \_\_\_\_\_      ¿En cuál consultorio? \_\_\_\_\_

Queja/molestia principal: \_\_\_\_\_

¿Cuándo comenzaron sus síntomas? \_\_\_\_\_

¿Cuáles actividades se le dificulta hacer? \_\_\_\_\_

¿Interfieren sus síntomas con su trabajo?      No       Sí  \_\_\_\_\_

¿Se despierta por el dolor a pesar que usted no se mueva?      No       Sí  \_\_\_\_\_

¿Tiene dolor al toser o estornudar?      No       Sí       ¿Tiene dolor en las mañanas?      No       Sí

¿Bajo cuales condiciones empeoran sus síntomas? \_\_\_\_\_      ¿Mejoran? \_\_\_\_\_

¿Es constante el dolor?      No       Sí       Fecha de IRM ("MRI" en inglés): \_\_\_\_\_      Fecha de las radiografías: \_\_\_\_\_

Fecha de operación(es), en caso afirmativo: \_\_\_\_\_

Medicamentos que actualmente está tomando: \_\_\_\_\_

### Antecedentes médicos:

Por favor seleccione cualquier antecedente médico que usted tenga:

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Artritis (Osteo / Reumatoide)                   | <input type="checkbox"/> Cáncer                    | <input type="checkbox"/> Psicológico _____                            |
| <input type="checkbox"/> Asma  | <input type="checkbox"/> Diabetes                  | <input type="checkbox"/> Hueso / fracturas                            |
| <input type="checkbox"/> Deficiencias de equilibrio                      | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza / migraña | <input type="checkbox"/> Alergias _____                               |
| <input type="checkbox"/> Presión sanguínea alta / baja                   | <input type="checkbox"/> Corazón / Circulación     | <input type="checkbox"/> Alergias / sensibilidad a medicamentos _____ |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de peso, recientemente, sin explicación | <input type="checkbox"/> Convulsiones              | _____   |

Alguna otra condición médica no escrita arriba: \_\_\_\_\_

Alguna hospitalización / cirugía: \_\_\_\_\_

Otra información: Metas para la terapia \_\_\_\_\_

¿Tiene creencias religiosas o culturales que puedan afectar su atención médica?      No       Sí  \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente / Patient Signature

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Therapist Signature

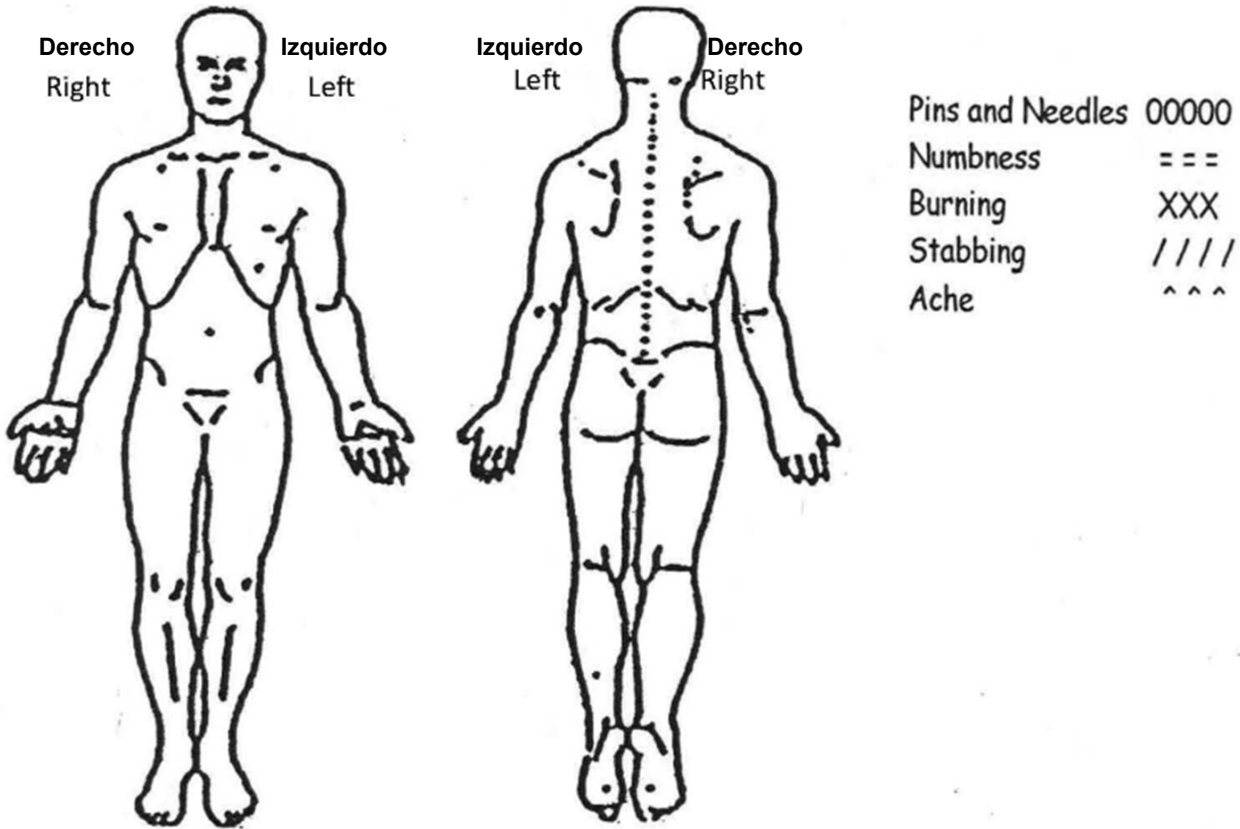
\_\_\_\_\_  
Date / Time

- 1 University of Kentucky A.B. Chandler Hospital
- 1 UK HealthCare Good Samaritan Hospital
- 1 UK HealthCare Ambulatory Services
- 1 UK Dental and Oral Health Clinics

**Patient Self-Assessment Summary/Sumario de la auto-evaluación por el paciente**

En el diagrama de abajo, dibuje el área donde tiene el dolor. Use los símbolos para expresar los tipos de dolor.

Cosquilleo 000    Adormecimiento = = =    Ardor XXX    Acuchillada ///    Dolor ^^^



Conteste cada pregunta. Circule el número que describa su nivel de dolor.

0 = No dolor                      5 = cantidad moderada de dolor                      10 = necesidad de ir al hospital inmediatamente

¿Cuál describe su dolor actualmente?                      0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

¿Cuál describe el mínimo dolor que ha sentido?    0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

¿Cuál describe el máximo dolor que ha sentido?    0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

¿Cuál describe su dolor la mayoría del tiempo?    0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

¿Cuál es su método preferible de aprendizaje?     Demostración     Instrucciones verbales     Instrucciones escritas     Folletos

Firma del paciente / Patient Signature

Fecha

Therapist Signature

Date / Time