**Breve Historia Medica**

(Las reglas federales requieren que una historia medica este complete y incluida en todos los registros medicos)

**Nombre:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Estatura:\_\_\_\_\_\_\_Peso: \_\_\_\_\_\_\_ Doctor:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A tenido terapia para la mano antes? Si No Cuando?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Donde?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Brevemente describa como occurio su condicion: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dolor/Sintomas**

En una escala del 0 a 10, ( 0 = sin dolor, 10 = lo suficiente alto dolor para ir a la sala de emergencia), que es su

**Actual** nivel de dolor ?\_\_\_\_/10 **Alto** nivel de dolor? \_\_\_\_/ 10 **Bajo** nivel de dolor ?\_\_\_\_/ 10

Que son unos factores que hacen que su condicion se empeore y mejore:

**Empeore**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Mejore\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Por favor marque abajo las condiciones de salud que tiene usted:**

 Alergia

 Ansiedad/Trastorno de panico

 Arthritis (osteo-reumatoide)

 Asma

 Dolor de Espalda (dolor de cuello, a la parte bajo de la espalda, o enfermedad degenerativa del disco y estonosis espinal

 Cancer

 Pulmonar Ostructiva Enfermedad

(COPD), syndrome de dificultad respiratoria adquirada (ARDS) o enfisema

 Depresion

 Diabetes tipo 1 or 2

 Fractura o posiblemente fractura

 Enfermedades de gastrointestinal

tales como la ulcera, hernia, reflujo,

intestino hijado, y visicula biliar

 Dolores de cabeza

 Problemas de audicion/sordera profunda y aparatos auditivos

 Enfermedades del Corazon (como ataque al corazon, infarto del miocardio, fallo cardiaco , marcapasos/desfrilador cardiac interno y angina)

 Hepatitis/HIV/CIDA

 Alta presion

 Rinones,vejica, prostota, incontencia y problemas de orinar

 Enfermedad Neurologica

 Osteoporosis

 Enfermedad vascular periferica

 Neumonia (reciente)

 Acidentes Previos

 Cirugia previa

 Prostesis/Implantes o metal

 Desordenes de sueno

 Convulciones

 Infarto o Accidente Isquemico Transitorio

 Tiroides

 Enfermedades de vista como cataratas, glaucoma, o degeneracion macular

 Otros Desordenes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Mujeres: Embarazada?** Si No

Si ha marcado cualquiera de las condiciones de arriba, explique brevemente con fechas approximadas por favor:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Escriba su lista actual de medicamentos que esta tomando por favor:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Derecho Dorsal Derecho Volar Izquierdo Volar Isquierdo Dorsal**



**En la foto de mano aqui, usando los siguientes simbolos por favor marque cual es la area de su dolor:**

**(X) Fuerte**

**(+) Adormecimiento/Ormigueo**

**(#) Agudo**

**(B) Ardor**

**Firma del Paciente:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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