



# DYNATEST, INC.

## Medical History Form

**Nombre Del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_  
**Estatura:** \_\_\_\_\_ **Peso:** \_\_\_\_\_

**Informacion Del Accidente:** \_\_\_\_\_ **Fecha Del Accidente:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

¿Estás aquí hoy debido a un accidente? Si/No    ¿Estaba relacionado con el trabajo el accidente? Si/No

Fue el accidente resultado de un accidente automovilístico ? Si/No

Proporcione una breve descripción de cómo ocurrió el accidente: \_\_\_\_\_

¿Para qué le tratamos hoy? (por favor indique la parte del cuerpo) \_\_\_\_\_

¿Cuál es su nivel de dolor?    1   2   3   4   5   6   7   8   9   10

¿Qué objetivos le gustaría lograr con su tratamiento de terapia? \_\_\_\_\_

**Por favor, enumere todos los medicamentos:** (por favor vea la lista adjunta:    \_\_si    \_\_no)

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

**Historia Medical Pasada –¿Tienes un historial de ...**( marcar todos los que correspondan)

<input type="checkbox"/> Alta Presion Sanguinea	<input type="checkbox"/> Cancer	<input type="checkbox"/> Debilidad Muscular
<input type="checkbox"/> Problemas Cardiacus	<input type="checkbox"/> Osteoarthritis	<input type="checkbox"/> Muscular Sclerosis
<input type="checkbox"/> Stroke	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> De Dispositivo Fijacion Interna
<input type="checkbox"/> Marcapasos	<input type="checkbox"/> Fibromyalgia	<input type="checkbox"/> Articulacion Artificial _____
<input type="checkbox"/> Convulsion	<input type="checkbox"/> Actualmente Embarazada	(sírvase indicar qué articulación)

¿Fuma o es un ex fumador?    \_\_si    \_\_no

(En caso afirmativo, sírvase indicar con qué frecuencia:    \_\_diario    \_\_ocasionalmente    \_\_abandonar)

**Cirugias Previas:**    \_\_si    \_\_no (en caso afirmativo, especifique el procedimiento y cuándo tuvo lugar) \_\_\_\_\_

¿Ha tenido atención médica en el hogar?    \_\_si    \_\_no

En caso afirmativo, indíquese la fecha de alta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\*\* esto incluiría cualquier tipo de atención de visita domiciliaria (es decir, visitas de enfermeras, controles de bienestar, terapia en el hogar, etc.) *La respuesta es importante ya que Medicare no pagará por la terapia física si el paciente está actualmente bajo atención médica en el hogar. Si usted responde que no y Medicare niega su reclamo o recupera el pago de su reclamo debido a estar bajo atención médica en el hogar, usted será financieramente responsable de los reclamos.*

**Actividad actual/nivel de ejercicio:**

\_\_0 dias/semanas    \_\_1-2 dias/semanas    \_\_3-5 dias/semanas    \_\_6-7 dias/semanas

Tipo de actividad/ejercicio: \_\_\_\_\_

\*\* La información anterior es completa, correcta y fiel a mi leal saber y entender. \*\*

**Firma Paciente/Persona Responsable:** \_\_\_\_\_

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

\*\*\*\*\*

**Therapist Signature:** \_\_\_\_\_