

Rehabilitation Associates, Inc.

Medical Database

Fecha: _____ Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre Escogido (si es diferente al nombre legal)/Apodo: _____

Sexo Legal: _____ Mientras que reconocemos un numero de sexos/géneros, desafortunadamente, muchas compañías de seguros y entidades legales no lo hacen. Por favor, entienda que el nombre legal y el sexo que figuran en su tarjeta de seguro deben usarse en los documentos relacionados con el seguro y la facturación. Si su nombre usado y / o pronombres son diferentes a estos, háganoslo saber. Pronombres (si se siente cómodo compartiéndolo): _____

Historial de Salud: Por favor indique si ha sido diagnosticado u tratado por alguno de los siguientes:

Fechas de Vacuna de COVID: #1 _____ #2 _____
____ convulsiones _____ derrame cerebral/lesión craneal _____ problemas con la vista _____ mareos
____ dolores de cabeza _____ presión alta _____ problemas de corazón/marcapaso _____ problemas con los pulmones/de respirar
____ cáncer _____ diabetes/neuropatía _____ problemas gastrointestinal _____ problemas con las venas/las arterías
____ fracturas _____ artritis/osteoporosis _____ colesterol alto _____ MRSA o C. Diff
____ pulmonía _____ problemas de tragar _____ perdida de equilibrio _____ COVID
____ Otros problemas médicos (glándula tiroides, lupus, MS, enfermedad de Lyme, etc.) _____

¿Ha tenido este problema antes? __ Sí __ No Si es sí, ¿fue tratado? __ Sí __ No
Si es sí, ¿cómo fue tratado? __ terapia __ inyección __ quiropráctica __ acupuntura __ holístico __ otro

¿Tuvo algunas pruebas de diagnóstico? __ radiografías __ MRI __ scans __ otro
¿Tuvo una cirugía para este problema? __ Sí __ No Si es sí, ¿cuándo? _____
¿Tiene Ud. placas o tornillos como resultado de la cirugía? __ Sí __ No

Habitos de Salud y Estilo de Vida:

¿Fuma Ud.? __ No __ Sí- ¿frecuencia? _____ ¿Toma Ud. el alcohol? __ No __ Sí- ¿frecuencia? _____
Altura _____ Peso _____ ¿Ha ganado/perdido peso en el último año? __ No __ Sí- ¿cuántos pesos?
¿Hace el ejercicio al gimnasio/a la piscina? ¿Hace yoga? ¿Pilates, otro? __ Sí __ No ¿Juega Ud. los deportes? __ Sí __ No

Social/Ocupacional: Marque todos los papeles que pertenecen a Ud.:

__ Empleado __ Padre __ Cuidador __ Estudiante __ Jubilado

Describe sus responsabilidades: _____

Lista de hobbies/intereses en su vida: _____

Otras limitaciones: ¿Existe alguna posibilidad de que esté embarazada en este momento? __ Sí __ No

¿Tiene Ud. una calificación de incapacidad permanente? __ No __ Sí Si es sí, ¿para qué? _____

¿Está recibiendo servicios de cuidado en el hogar en este momento? __ No __ Sí

Si es sí, nombre de agencia: _____

Medicamentos: __ Ningunos __ Ver lista adjunta

Lista de todas las alergias: _____

Médico: _____ **Fecha de próxima cita con médico referente:** _____

Yo certifico que la información contenida arriba es correcta en mi mejor conocimiento.

Nombre de Paciente: _____ **Firma del paciente:** _____

____ Este document fue revisado por: _____ (director médico)