

MUSCATINE PHYSICAL THERAPY SERVICES, P.C.
2109 Cedarwood Drive, Suite 100, Muscatine, IA 52761 • 563-288-6787

COLUMBUS JUNCTION PHYSICAL THERAPY
104 N. Main Street, Columbus Junction, IA 52738
319-728-4441



WEST LIBERTY PHYSICAL THERAPY
1103 N. Elm Street, West Liberty, IA 52776
319-627-6809

Let Our Strength Help You Regain Yours!

HISTORIA MEDICAL DEL PACIENTE

Nombre: _____ **Fecha de nacimiento:** _____ **Numero de seguro social** _____
En letra de imprenta

1. Hay una agencia de ayuda casera o una enfermera que lo visita en su hogar ahorita? Si No
2. Ha recibido cualquier tipo de terapia física o terapia ocupacional anteriormente en el año pasado? Si No
3. Si la respuesta es si, en donde y cuando fue dado este servicio? _____
4. En sus propias palabras, cual es el problema por cual vino a la terapia física? _____

5. Cuando empecé este problema? _____

6. En el pasado o en el presente ha tenido la historia clínica de los siguientes?

SI NO Alergias	SI NO Depresión	SI NO Esclerosis en placas (MS)
SI NO Anemia	SI NO Diabetes	SI NO Osteoporosis
SI NO Ansiedad	SI NO Ataques de Vertigo – Mareos	SI NO Parkinsons
SI NO Artritis	SI NO Enfisema/Bronquitis	SI NO Artritis Reumatoidea
SI NO Asthma	SI NO Fracturas	SI NO Convulsiones
SI NO Cancer	SI NO Problema de Vesícula Biliar	SI NO Problemas de hablar
SI NO Condición cardíaca	SI NO Hepatitis	SI NO Derrame Cerebral
SI NO Marcapasos	SI NO Hipertensión	SI NO Enfermedad Tiroidea
SI NO Dependencia Química	SI NO Incontinencia	SI NO Tuberculosis
SI NO Problemas Circulatorios	SI NO Problemas renales	SI NO Problemas de Visión
SI NO Actualmente Embarazada	SI NO Implantes Metálicos	Otro _____

7. Historia de caídas: Lesiones como consecuencia de una caída en el pasado año? SI NO

Dos o más caídas en el pasado año? SI NO

8. Historia Clínica Quirúrgica: Región Del Cuerpo: _____ Tipo de Cirugía: _____ Fecha (Mes/Año): _____

9. Medicamentos Actuales: Medicamento(s) _____ Dosis _____ Razón por tomarla _____

Lista separada lista proporcionada SI NO

10. Es este un problema relacionado con el trabajo? SI NO En caso afirmativo, por favor explicar _____

11. Persona de contacto de emergencia _____ Numero de telefono: _____

Firma: _____ Fecha: _____