

**FORMULARIO DE INGRESO A TERAPIA PARA PACIENTES EXTERNOS**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Teléfono celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ Mejor manera de localizarlo:  Casa  Celular  Email

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

¿Cómo fue que eligió a HonorHealth Outpatient Therapy?  Lo recomendó un doctor  Ha sido nuestro paciente anteriormente  Lo recomendó un amigo  Directorio telefónico/Internet  \_\_\_\_\_

Doctor que lo refirió: \_\_\_\_\_ Doctor Primario: \_\_\_\_\_

Molestia principal: \_\_\_\_\_

Fecha de la lesión o de la aparición de los síntomas:  
\_\_\_\_\_

¿Cómo se lastimó? \_\_\_\_\_

¿Ha tenido este tipo de lesión o se ha lastimado esta parte del cuerpo anteriormente?  Sí  NoSi la respuesta es "Sí", ¿cuándo y cómo?  
\_\_\_\_\_¿Ha recibido terapia física/ocupacional/del habla anteriormente?  Sí  No

Si la respuesta es "Sí", ¿dónde y para qué?: \_\_\_\_\_

¿Le realizaron alguna cirugía?  Sí  No

Si la respuesta es "Sí", mencione la fecha y el tipo de cirugía: \_\_\_\_\_

¿Tiene programada una cita de seguimiento con su doctor?  Sí  No Fecha: \_\_\_\_\_Procedimientos que le realizaron:  Radiografía  Exploración por tomografía computarizada (CT Scan) Imagen por resonancia magnética (MRI)  Otro \_\_\_\_\_

Resultado: \_\_\_\_\_

Por favor califique su salud en general:  Excelente  Buena  Regular  Mala¿Siente dolor?  Sí  No

¿Cuánto dura el dolor? \_\_\_\_\_ horas p/día \_\_\_\_\_ días p/semana

Por favor indique en el dibujo el área en la que siente dolor:



