



FYZICAL®

Therapy & Balance Centers

Nombre fecha: _____
actividades de ocio, como rutinas de ejercicio: _____
De trabajo, incluidas las actividades que componen su día de trabajo: _____

Edad: _____ Altura: _____
¿Estás de látex sensibles: Si ____ No ____ ¿Usted fuma? Si no ____

ALERGIAS: Lista de cualquier medicamento (s) que usted es alérgico a: _____

¿Ha observado recientemente cualquiera de las actividades complementarias (marque lo que corresponda)?

- Los cambios en su salud
- Pérdida de peso / ganancia
- Falls
- Las náuseas / vómitos
- Falta de aliento Dolor en la noche
- Los dolores de cabeza mareos / aturdimiento
- Debilidad
- El entumecimiento u hormigueo cambios en el apetito
- Fatiga
- Fiebre / escalofríos / sudores
- Dificultad para mantener el equilibrio mientras camina
- Estreñimiento Los cambios en la función intestinal o de la vejiga
- Diarrea Dificultad para tragar

Alguna vez ha sido diagnosticado con alguna de las siguientes condiciones (marque todas las que aplican)?

- Diabetes
- artritis reumatoide cáncer
- Los problemas del corazón
- Otra condición artrítica Stroke
- Hipertensión
- Depresión Los coágulos de sangre
- Los problemas de circulación
- Anemia Asma
- Los problemas pulmonares
- Hepatitis
- Epilepsia
- Problemas de la tiroides Problemas renales
- La esclerosis múltiple
- dolor Tuberculosis Úlceras
- pecho / angina de pecho
- Osteoporosis Problemas del hígado
- Enfermedad de transmisión sexual / VIH
- marcapasos insertado
- Otro _____
- altos de colesterol / lípidos
- La dependencia química (es decir, el alcoholismo)

Durante el último mes ha estado sintiendo triste, deprimido o sin esperanza? SI NO _____

Durante el último mes ha experimentado poco interés o placer en hacer las cosas? SI NO _____

Esto es algo con el que le gustaría recibir ayuda? Sí ____ Sí, pero no TODAY ____ NO _____

¿Alguna vez se siente inseguro en casa o alguien le ha golpeado o tratado de dañar de alguna manera? SI NO _____

PARA LA MUJER: ¿Está usted embarazada o cree que puede estar embarazada? SI NO _____

Por favor, enumere los medicamentos actuales: _____

¿Es o ha tenido alguna vez adelgazamiento de la sangre o anticoagulantes: Sí ____ NO _____

Por favor, anote cuales u otras condiciones para las que han sido hospitalizados:

1. _____ 2. _____ 3. _____

¿En qué fecha (más o menos) lo hizo el síntoma en la actualidad (s) de comenzar? _____

¿Qué crees que causó su síntoma (s)? _____

Mis síntomas son actualmente: Primeros Better _____ sigue retrocediendo _____ El permanecer sobre la same _____

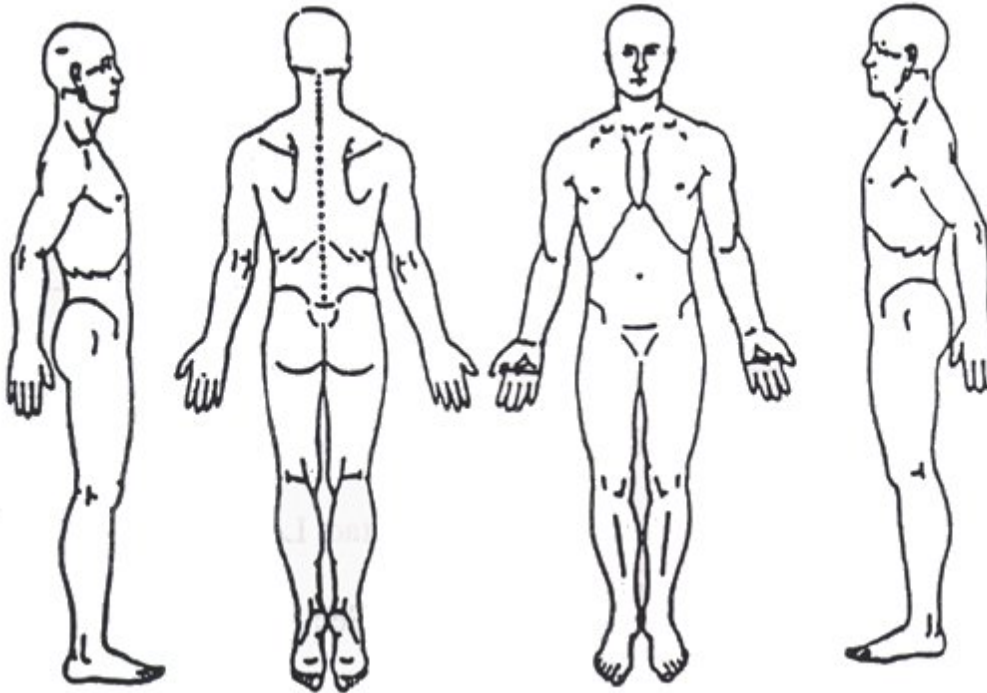
El tratamiento recibido hasta el momento para este problema (quiropática, inyecciones, etc.) _____

Por favor listar pruebas especiales realizadas para este problema (de rayos X, resonancia magnética, laboratorios, etc.) _____

¿Ha tenido este problema antes: ____ Sí ____ No ____ Treatment Cuando recibió _____

¿Cuánto tiempo se necesita para que se sienta mejor? _____

Por favor marque las áreas donde se siente que sus síntomas con los siguientes símbolos:



III = entumecimiento hormigueo ↓ Disparo / dolor agudo O Dolor sordo / dolor

Actualmente mis síntomas: Vienen y van _____ ¿Son constantes son constantes, sino que cambian con la actividad _____

Factores agravantes: Identificar hasta 3 posiciones o actividades que hacen que sus peores síntomas importantes:

1. _____
2. _____
3. _____

Aliviar factores: Identificar hasta 3 posiciones o actividades que hacen mejor sus síntomas importantes:

1. _____
2. _____
3. _____

¿Cómo estás durmiendo por la noche?

La dificultad para iniciar el sueño sleep_____ despertado por pain_____ solamente con el sueño medication_____ a través de la noche well_____

Cuando son sus síntomas peores? Mañana Tarde _____ Tarde Noche _____ Después exercise_____

Cuando son sus síntomas el mejor? Mañana Tarde _____ Tarde Noche _____ Después exercise_____

En la escala de abajo, por favor marque con un círculo el número que mejor representa sus niveles de dolor:

Promedio: No hay dolor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 El peor dolor imaginable

Lo mejor para últimas 48 horas: No hay dolor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 El peor dolor imaginable

Peor para últimas 48 horas: No hay dolor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 El peor dolor imaginable

¿Cuál es su objetivo para la terapia en este momento?