

Nombre: _____

Fecha: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

INFORMACIÓN DE LA PERSONA A CONTACTAR EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Vínculo: _____ Teléfono: _____

- El paciente puede comunicarse en: Inglés Español Francés Creole Lenguaje de señas
 Otro idioma _____ Intérprete _____
- ¿Practica usted alguna actividad de tipo religioso, cultural o espiritual que pueda interferir con la enseñanza o la atención médica? Sí No Especificar: _____
- ¿Tiene alguna inquietud de tipo económico respecto de la terapia que recibirá? Sí No
En caso afirmativo, especificar: _____
- Indique el motivo de su visita al Departamento de Rehabilitación: _____
- ¿Cuáles son sus metas y expectativas respecto de los resultados de la terapia? _____
- ¿Recibió o recibe tratamiento debido a esta afección? Sí No
Especificar: _____
- Indique su actual empleo/ Ocupación: _____
- ¿Presenta alguna inquietud o requerimiento físico o de tipo nutricional? Sí No
En caso afirmativo, especificar: _____

Historia Clínica

Indique si presentó o presenta en la actualidad alguno de los siguientes cuadros clínicos. Marque el casillero que corresponda y señale las fechas con la mayor precisión posible.

Cuadro Clínico	Si	No	En caso afirmativo, indicar fecha	Cuadro Clínico	Si	No	En caso afirmativo, indicar fecha
Artritis				Heridas abiertas			
Trastornos intestinales/ urinarios				Osteoporosis			
Cáncer				Marcapasos			
Diabetes				Embarazo			
Dificultades respiratorias				Atención psiquiátrica			
Epilepsia				Terapia de radiación			
Fracturas				Trastornos de la piel			
Problemas cardíacos				Derrame cerebral			
Hepatitis				Cirugías			
Hernia				Tuberculosis			
Presion Alta				Enfermedad vascular			
Implantes				Otros:			

- ¿Ha sido sometido a una intervención quirúrgica? Sí No En caso afirmativo, sírvase especificar el tipo de cirugía y la fecha: _____
- Alergias: No padece alergias _____
- ¿Toma algún tipo de precaución? ¿Se le han indicado restricciones? No Sí
Especificar: _____



REHABILITACIÓN DE PACIENTES AMBULATORIOS. INFORMACIÓN DEL PACIENTE ADULTO

2310-01241 (REV. 10/02)



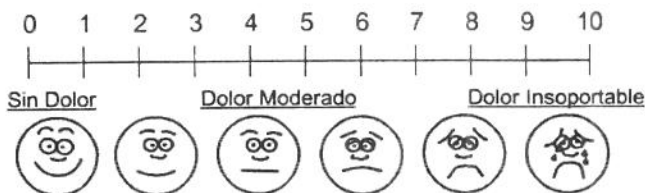
Medicación

1. Indique el tipo de medicación que toma en la actualidad _____
2. Indique los suplementos, productos a base de hierbas y medicamentos de venta libre que toma en la actualidad _____

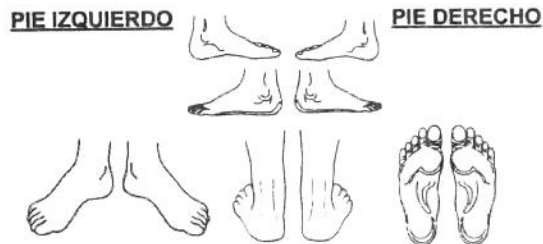
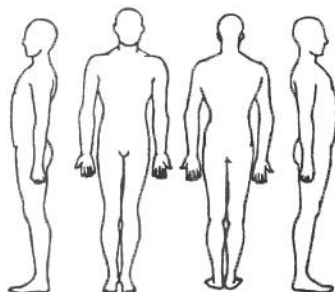
Tratamiento del dolor

1. ¿Siente algún tipo de dolor? Sí No
2. ¿Ha sentido dolor recientemente? Sí No
3. ¿Cuándo comenzó el dolor? _____
4. Duración del dolor: Constante 75% del tiempo 50% del tiempo 25% del tiempo
5. Intensidad del dolor (utilice la escala a su DERECHA para indicar los niveles de intensidad)

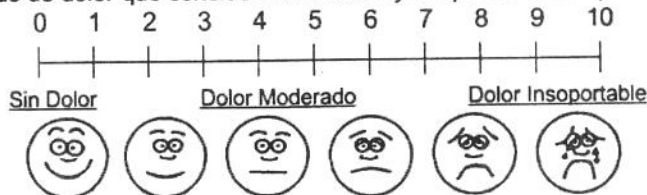
Actual nivel de dolor: _____
 Menor nivel de dolor padecido: _____
 Mayor nivel de dolor padecido: _____



6. Descripción del dolor: : Constante Quemante Agobiante Leve Agudo Pulsante
 Opresivo Punzante Tirantez/ Rigidez Insoportable Imposible de describir
 Otro tipo de dolor _____
7. ¿Existe algo que incremente el dolor? _____
8. ¿Hay algo que lo alivie? _____
- El efecto se siente: todo el tiempo la mayor parte del tiempo algunas veces
 temporalmente No se sienten efectos
9. Localización del dolor (marque el lugar en los dibujos con una X).
 ¿El dolor pasa o se irradia de una parte del cuerpo a otra? Sí No



10. Marque con un círculo el grado de dolor que consideraría realista y aceptable al completar la terapia.



INFORMACIÓN ÚTIL

- Usted vive: Solo Con cónyuge o familiares En pareja Asistente/ enfermera (number of horas _____)
- Ambiente de Casa:
 - Apartamento/ Condominio Casa Casa rodante Otros _____
 - Escaleras (cantidad de escalones _____) Elevador Rampa
- Elementos de adaptación/ dispositivos de asistencia:
 - Andador Silla de ruedas Bastón Muletas Órtesis _____
 - Barras de apoyo Prótesis Cubiertos Silla con orinal
 - Aparatos de comunicación Audifonos (oído derecho oído izquierdo ambos)
 - Lentes correctivas Otros elementos
- Actividades diarias (indique si ha experimentado algún tipo de impedimento o dolor en alguna de las siguientes actividades):
 - Bañarse Vestirse Ir al baño Caminar
 - Agacharse Tareas hogareñas Escribir/ Sujetar objetos Levantar objetos/Inclinarse
 - Concentrarse Arreglo personal Conducir Comunicarse
 - Tragar Tiempo libre Deportes Dormiendo
 - Relaciones sociales Alcanzar un objeto Tareas laborales
 - Higiene/ Cuidado personal Otras actividades _____
 - Describa en qué consisten los impedimentos: _____

EDUCACIÓN

- ¿Qué tipo de enseñanza prefiere? Escrita Visual Oral Otra _____
- Nivel de educación completo que ha alcanzado _____
- Desea recibir información sobre: Programa de ejercicios en el hogar Técnicas de tratamiento del dolor
 Grupos de apoyo Técnicas para dejar de fumar Métodos de adelgazamiento Técnicas para combatir el estrés
 Otro tipo de información: _____

Declaro haber proporcionado información correcta a mi leal saber y entender, y haber recibido una copia de las Prácticas y Procedimientos de Orientación al Paciente sobre rehabilitación de pacientes ambulatorios. Declaro haber leído y comprendido la información relativa a tales procedimientos. Queda bajo mi exclusiva responsabilidad comunicar a mi terapeuta cualquier cambio inesperado que se produzca en mi condición, como así también cualquier medicación o tratamiento adicional que reciba. Asimismo, asumo el compromiso de participar activamente en las decisiones relacionadas con el tratamiento y de comunicar a mi terapeuta cualquier inquietud al respecto. Reconozco que, de no cumplir con el tratamiento establecido, seré enteramente responsable de las consecuencias.

Firma del paciente/ familiar: _____ Fecha: _____

Para ser completado por el terapeuta:

- Potenciales limitaciones a la enseñanza: Edad Económicas Cognitivas Religiosas Físicas
 Nivel de educación Comunicación Valores culturales Ninguna

Requisitos de la enseñanza determinados por el paciente y el terapeuta:

<input type="checkbox"/> Aprendizaje relacionado con las actividades diarias	<input type="checkbox"/> Programa de ejercicios en el hogar	<input type="checkbox"/> Tratamiento del dolor
<input type="checkbox"/> Manejo del cuerpo	<input type="checkbox"/> Cambios domésticos	<input type="checkbox"/> Postura
<input type="checkbox"/> Control diario de orina y defecaciones	<input type="checkbox"/> Precauciones relacionadas con linfedema	<input type="checkbox"/> Prevención
<input type="checkbox"/> Comunicación	<input type="checkbox"/> Equipos médicos	<input type="checkbox"/> Autovendaje/ MLD
<input type="checkbox"/> Recursos de la comunidad	<input type="checkbox"/> Movilidad	<input type="checkbox"/> Técnicas de movilidad propia
<input type="checkbox"/> Diagnóstico	<input type="checkbox"/> Cuidado de recién nacidos	<input type="checkbox"/> Cuidado de las heridas
<input type="checkbox"/> Planificación del alta	<input type="checkbox"/> Nutrición	<input type="checkbox"/> Evacuación intestinal
<input type="checkbox"/> Ejercitación del paso	<input type="checkbox"/> Ocupación	<input type="checkbox"/> Otros

Se observan síntomas o señales de abuso: Sí No En caso afirmativo, indicar las medidas tomadas: _____

	Firma del terapeuta	Nombre en letra de imprenta	Fecha de inicio de la evaluación
FISIOTERAPIA			
TERAPIA OCUPACIONAL			
TERAPIA DEL LEGUAJE			
AUDIOLOGÍA			
ENTRENADOR FISICO			



REHABILITACIÓN DE
PACIENTES AMBULATORIOS.
INFORMACIÓN DEL PACIENTE ADULTO