



Fort Lauderdale *Hand* Clinic
THERAPIST-OWNED UPPER EXTREMITY REHABILITATION

Historia Clinica del Paciente

Fecha: _____ Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Ocupacion Actual: _____ Compañia de Seguro: _____

Domininace Mano (circule que mano se escribe con) Derecha Izquierda

¿Que mano esta lesionado? (circule uno): Derecha Izquierda

Fecha de la lesion actual: _____ Fecha de la cirugia actual: _____

¿Como se lesiono? : _____

¿Donde ocurrio la lesion(circule uno)? En casa / En el trabajo Otros: _____

¿Procedimiento quirurgico anterior(s) la participacion de la misma mano?: _____

¿Alergia a medicamento(s)? : _____

Tiene algun problema medico?(circule en caso afirmativo): Diabetes / Precion Alta / Colesterol Altal /

Historia Cardiaca / Osteoarthritis / Artritis Reumatoide / Osteoporosis Otros: _____

Medicamentos/Vitaminas	Dosis	Frecuencia: Una/Dia, BID, TID	Forma: Pastilla, inyección etc

¿Evaluacion del dolor (usando una herrameinta estandarizada)? ¿Como calificaria su nivel actual de dolor? ¿Es una escala de 0 a 10, donde 0 es ausencia de dolor en absoluto y 10 es el peor dolor que alguna vez a tenido (circule uno)?

No dolor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Peor

Medicare Solamente

¿Esta recibiendo cuidado de salud en el hogar actualmente? (circule uno) Si No

Residencia Permanente _____(Estado)