

Historia clínica de pacientes externos / Formulario de evaluación

A completar por el paciente

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Altura: _____ Peso: _____

¿Por qué está aquí? _____ Fecha de lesión: _____

Idiomas hablados: _____

Idioma preferido para recibir información de salud para el paciente: _____

Idioma preferido para recibir información de salud para el tutor legal / Apoderado para el cuidado de la salud: _____

Médico de familia/Internista: _____ Número de teléfono: _____

Necesidades religiosas / culturales: NO Sí Explicar: _____

Necesidades de aprendizaje especiales: NO Sí

Dificultades auditivas: NO Sí

Dificultades del habla / comunicación: NO Sí

Información médica:

Antecedentes de:	SÍ	NO	Antecedentes familiares	SÍ	NO
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertensión (presión arterial alta)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ataque cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colesterol alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor en el pecho / angina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mareos / vértigo / desmayos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipotensión (presión arterial baja)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultad para respirar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inflamación de tobillos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tos nocturna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer / Tumores / Crecimientos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radiación / tratamiento de quimioterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoartritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artritis reumatoidea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad reumática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha tenido / tiene:					
Infarto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esclerosis múltiple	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lesión cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lesión en la médula espinal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fracturas / reemplazo total de la articulación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FECHA: _____ ÁREA: _____					
FECHA: _____ ÁREA: _____					
Disminución de sensibilidad/entumecimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sensibilidad cutánea:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Látex <input type="checkbox"/> / Adhesivos <input type="checkbox"/> / Temperatura <input type="checkbox"/>					
Antecedentes de úlceras por presión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marcapasos / Defibrilador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemorragias/moretones (recientes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipoglucemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastorno convulsivo activo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Demencia / Alzheimer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Siempre lleva el inhalador con usted	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad pulmonar / Efisema / EPOC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Uso de oxígeno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Está embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En el último mes, ¿ha sentido con frecuencia tristeza, depresión o desesperanza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En el último mes, ¿ha notado que con frecuencia perdía el interés por las cosas o había perdido el placer de hacer cosas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresión / ansiedad / ataques de pánico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En los últimos tres meses ha experimentado:

Cambios o dificultad en los intestinos

Cambios o dificultad en la vejiga

Sofocación

Fiebre

¿Siente dolor?

Ubicación del dolor _____

Si respondió afirmativamente a alguna de las opciones anteriores:

¿Se encuentra bajo tratamiento médico por estas afecciones?

SÍ NO

Alergias: _____

Cirugía(s) en los últimos 3 meses - Incluir fechas: _____

¿Cuáles son sus metas de rehabilitación?: _____

Directivas anticipadas: Si necesita información sobre Directivas anticipadas, comuníquese con el asistente de la oficina/admisión del centro. No se respetan las Directivas anticipadas en el entorno de pacientes ambulatorios.

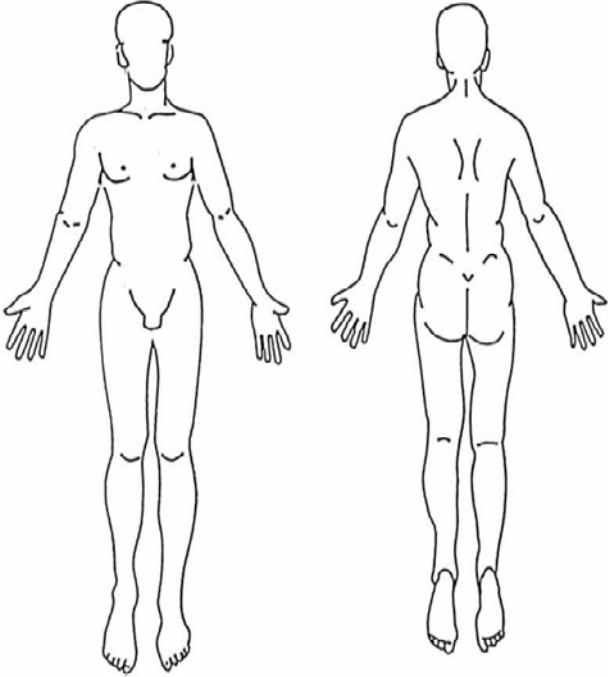
EVALUACIÓN DE RIESGO DE CAÍDAS*:			EVALUACIÓN NUTRICIONAL		
	SÍ	NO		SÍ	NO
¿Se ha caído en el último año? De ser así, ¿cuántas veces? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ha perdido peso en forma inexplicable? (>5 % en los últimos 30 días)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Alguna de estas caídas le provocó una lesión en el último año?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Reciente pérdida del apetito/aversión por la comida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene miedo de caerse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tiene dificultades para tragar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se ha sentido inestable al estar de pie o en su silla de ruedas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Disminuyó su ingesta de alimentos? (<50 % de la ingesta normal > 3 días)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Siente mareos o vértigo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Se encuentra bajo tratamiento médico por estas afecciones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene problemas de visión que no se corrijan con lentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MEDICAMENTOS QUE USA ACTUALMENTE (Indicar más abajo)		
¿Usa sedantes que afectan su nivel de atención durante el día?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Entregué una lista separada de medicamentos:	<input type="checkbox"/>	
¿Tiene dificultades cognitivas / de memoria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Actualmente no uso ningún medicamento de venta libre ni recetado ni hierbas:	<input type="checkbox"/>	
¿Tiene una discapacidad en un miembro inferior que afecte su capacidad para caminar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
CRITERIOS DE EVALUACIÓN DE CAIDAS SEGUN CMS					
*Se considera que el paciente presenta riesgo de caídas si se ha caído en más de dos oportunidades durante el último año.					
*Se considera que el paciente presenta riesgo de caídas si ha sufrido lesiones como resultado de una caída durante el último año.					
			¿Todos los medicamentos han sido recetados por un médico?	<input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Informe a su terapeuta cualquier cambio relacionado con los medicamentos, las afecciones médicas o cirugías para poder actualizar esta lista a medida que avanza en su tratamiento					
PACIENTE FIRMA: _____			FECHA: _____		
Si la firma no pertenece al paciente, relación con el paciente (tutor/ padre o madre si es un menor): _____					
A completar por el terapeuta que realiza la evaluación					
* RIESGO DE CAÍDAS: Se considera que un paciente presenta riesgo de caídas si responde afirmativamente tres o más preguntas de la evaluación de riesgo de caídas, si cumple con los criterios de evaluación de caídas según CMS o si el terapeuta a su criterio así lo indica. El médico debe remitirse a la Política sobre prevención de caídas PC OP 1018.					
Se ha identificado que el paciente presenta riesgo de caídas:			SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
En caso afirmativo, se ha implementado el programa de prevención de caídas:			SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Se ha identificado que el paciente presenta riesgo de nutrición:			SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	(En caso afirmativo, informar al médico)
El paciente se beneficiaría con una derivación a Servicios Sociales:			SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	(sí, si el terapeuta considera que la vida del paciente está en riesgo, o que el paciente representa una amenaza para los demás)
Firma del terapeuta: _____		Fecha: _____		Hora: _____	
Firma del terapeuta: _____		Fecha: _____		Hora: _____	
Firma del terapeuta: _____		Fecha: _____		Hora: _____	
ACTUALIZACIONES:					
Indicar los cambios en los medicamentos:					
Indicar los cambios en las afecciones/cirugías:					
FIRMA DEL PACIENTE: _____			FECHA: _____		
FIRMA DEL TERAPEUTA: _____			FECHA: _____		

TENGO DOLOR: Sí _____ NO _____ (En caso de no sentir dolor, diríjase a la sección "Escala funcional específica del paciente" más abajo)

Please use the diagram below to indicate where you feel symptoms right now.

Use the key below to indicate the different types of symptoms:

KEY: Pins & Needles = 000000 Stabbing = ///////////////
 Burning - XXXXXX Deep Ache - ZZZZZZZ



Marque su mejor (B), actual (C) y peor (W) nivel de dolor o síntoma en la siguiente línea:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(0= inexistente -> 10 = el peor imaginable. Indique el nivel para cada tipo B, C y W)

- ¿Qué empeora su dolor o síntoma?

- ¿Qué mejora su dolor o síntoma?

- ¿Sus síntomas...? (marque una opción)
 Empeoran; Permanecen iguales; Mejoran
- ¿Cómo duerme de noche? (marque una opción)
 Bien; Dificultad moderada; Solo con medicación
- ¿Siente dolor de noche? Sí No
- ¿Cuándo (fecha) comenzó su problema? _____
- ¿Alguna vez recibió tratamiento por esto? Sí No

¿Cuándo? _____

¿Cómo? _____

ESCALA FUNCIONAL ESPECÍFICA DEL PACIENTE:
(Uso por primera vez en este caso) Identifique hasta tres (3) actividades importantes que no puede realizar o le resulta difícil realizar como resultado de su afección médica. Utilizando la siguiente escala indique su capacidad para realizar estas actividades hoy.

(0 = incapaz de realizar → 10 = tan capaz como antes de la lesión)

1. Actividad _____	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
2. Actividad _____	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
3. Actividad _____	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10