



**Terapia ambulatoria**  
**Cuestionario de historia clínica**  
 Rev. 07/21

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
 Nombre de preferencia para dirigirse a este: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Idioma de preferencia: \_\_\_\_\_  
 Sexo al nacer:  Masculino  Femenino  No deseo revelarlo  
 Identidad sexual:  Masculino  Femenino  No binario  No deseo revelarlo

- 1) ¿Cuál es su principal queja/preocupación? \_\_\_\_\_
- 2) Lesión/fecha de inicio: \_\_\_\_\_
- 3) Cirugía llevada a cabo:  No  Sí Fecha de la cirugía: \_\_\_\_\_ Tipo de cirugía: \_\_\_\_\_
- 4) Hospitalización relacionada:  No  Sí Fecha de hospitalización: \_\_\_\_\_
- 5) ¿Se ha caído en el último año?  No  Sí En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia se ha caído?  
 \_\_\_\_\_
- 6) ¿Tiene dolor?  No  Sí 0 = Ninguno 5 = Moderado 10 = Extremo
- Dolor en el peor de los casos 0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10  
 Dolor actualmente 0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10  
 Dolor en el mejor de los casos 0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10
- 7) ¿Ha experimentado recientemente pérdida de apetito, ansiedad/cambios de humor o un aumento/pérdida de peso significativa?  
 No  Sí En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_
- 8) ¿Está experimentando alguna dificultad social o emocional en el hogar/trabajo que considere que deberíamos conocer?  
 No  Sí En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_
- 9) ¿Está sufriendo algún tipo de abuso en casa?  
 No  Sí En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_
- 10) Por favor, marque cualquiera de las siguientes cuestiones médicas que puedan afectarle:
- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Alzheimer  | <input type="checkbox"/> Fibromialgia                    | <input type="checkbox"/> Distrofia muscular       |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad cardiovascular  | <input type="checkbox"/> Fractura o sospecha de fractura | <input type="checkbox"/> Obesidad                 |
| <input type="checkbox"/> Síndrome de cauda equina   | <input type="checkbox"/> Hipertensión                    | <input type="checkbox"/> Osteoartritis            |
| <input type="checkbox"/> Accidente vascular cerebral (ictus)  | <input type="checkbox"/> Historial del cáncer            | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson  |
| <input type="checkbox"/> Infección actual   | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Huntington        | <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide      |
| <input type="checkbox"/> Diabetes Tipo 1  | <input type="checkbox"/> Inmunosupresión                 | <input type="checkbox"/> Daño cerebral traumático |
| <input type="checkbox"/> Diabetes Tipo 2  | <input type="checkbox"/> Lupus                           |   |
| <input type="checkbox"/> Otra: <input type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/> Sustitución de articulaciones/implantes <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Marcapasos |  |   |
- 11) ¿Tiene alguna alergia? (por ejemplo, medicamentos, látex)  No  Sí \_\_\_\_\_

12) Indique los medicamentos actuales, hierbas o vitaminas o proporcione la lista de medicamentos:

Medicamentos	Dosis/Frecuencia	Razón para tomar la medicación

13) ¿Qué quiere conseguir con su asistencia a la terapia? ¿Cuáles son sus metas?  
 \_\_\_\_\_

Firma del paciente/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Firma del clínico/nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_