

SERVICIOS DE CENTRO DE LA REHABILITACIÓN DEL PACIENTE NO INTERNADO DE
BARRETT

Antecedentes médicos

Nombre: _____ Teléfono casero del _____ Trabajo del _____
 Contacto de la emergencia: _____ Relación del _____ Teléfono del _____
 Describa por favor su problema sobre los últimos 6 meses: _____

¿Cómo su problema ha cambiado sobre los últimos 6 meses? Es peor del mejor iguales
 ¿Qué actividades podría usted hacer antes de que este problema que usted no puede ahora hacer?

¿Qué tratamiento usted ha tenido para este problema? _____

Compruebe por favor si usted tiene siguiente un de los

<p>NEUROLÓGICO</p> <p><input type="checkbox"/> Stroke/TIA</p> <p><input type="checkbox"/> Brain Lesión del</p> <p><input type="checkbox"/> Seizures/Epilepsy</p> <p><input type="checkbox"/> Numbness/Tingling</p> <p><input type="checkbox"/> Parkinson</p> <p><input type="checkbox"/> Dizziness/Vertigo</p> <p><input type="checkbox"/> Severe Dolores de cabeza del</p> <p><input type="checkbox"/> Coordination o balance problemas</p> <p><input type="checkbox"/> Neuropatía del</p>	<p>ORTOPÉDICO</p> <p><input type="checkbox"/> Fractures</p> <p><input type="checkbox"/> Dislocations</p> <p><input type="checkbox"/> Dolor/lesión del Neck</p> <p><input type="checkbox"/> Dolor/lesión del Back</p> <p><input type="checkbox"/> Arthritis(Osteo/reumatoide)</p> <p><input type="checkbox"/> Osteoporosis</p> <p><input type="checkbox"/> Reemplazo del Joint</p> <p><input type="checkbox"/> Caídas Recent</p> <p>Otro: _____</p>	<p>CARDIAC/PULMONARY</p> <p><input type="checkbox"/> Presión arterial del High</p> <p><input type="checkbox"/> Presión arterial del Low</p> <p><input type="checkbox"/> Ataque del Heart</p> <p><input type="checkbox"/> El dolor más Chest</p> <p><input type="checkbox"/> Golpe Irregular del corazón</p> <p><input type="checkbox"/> Shortness de la respiración</p> <p><input type="checkbox"/> Asthma</p> <p><input type="checkbox"/> Dispositivo de Pacemaker/Heart Stents</p> <p>Otro: _____</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

DISCURSO Y TRAGO

Laringitis

gástrico reflujo

acidez

pulmonía

Pérdida Memory

Pérdida Hearing

Problema del Speech-Language

Otro: _____

ONCOLOGY/METABOLIC

Cancer

Qué clase: _____

Enfermedad del Thyroid

Diabetes I II

Desorden de coagulación del Blood

Nausea/Vomiting

Deficiencia del Immune

de la pérdida del Weight

MISCELÁNEO

Pérdida del Vision

Depression/Anxiety

Desorden Psychiatric

PROCEDIMIENTOS

Upper GI

Trago evaluación radiación / quimioterapia

Stroboscopy del Video

Otro: _____

Medicaciones actuales:

El considera la lista unida

(puede utilizar nueva hacia atrás de forma)

Alergias: sí no

List _____

¿Alergia de Sulfa? sí no

Uso del tabaco sí no

Uso del alcohol sí no

siguiente de la cita del doctor

¿Está este caso bajo pleito?

Sí No

Firma paciente: _____

Fecha: _____