



Formulario de Historial de Tratamiento Conservador (IPM)

El tratamiento conservador tiene un valor significativo. También es importante documentar y permitir que su proveedor conozca sus esfuerzos recientes antes de establecer más pruebas y/o tratamiento.

La información de este formulario capturará el historial del tratamiento conservador en caso de que sea necesario solicitar un **manejo intervencionista del dolor**. En otros procedimientos, podría ser necesario un formulario diferente.

Escriba en letra de imprenta legible. El proceso puede retrasarse si la información enviada es ilegible o incompleta.

Fecha de hoy:	Paciente:	Fecha de nacimiento:
¿Durante cuánto tiempo ha tenido estos síntomas que lo traen hoy?		
¿Ha probado alguno de los siguientes tratamientos?		
¿Atención quiropráctica?		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
En caso afirmativo a la atención quiropráctica, complete esta sección.		
¿Cuál fue el mes y el año en que empezó? _____		¿Cuál fue el mes y el año en que tuvo su última sesión? _____
¿Cuántas sesiones? _____		¿Cómo se siente después de hacer la terapia? <input type="checkbox"/> MEJOR <input type="checkbox"/> IGUAL <input type="checkbox"/> PEOR
¿Fisioterapia?		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
En caso afirmativo a la fisioterapia, complete esta sección.		
¿Cuál fue el mes y el año en que empezó? _____		¿Cuál fue el mes y el año en que tuvo su última sesión? _____
¿Cuántas sesiones? _____		¿Cómo se siente después de hacer la terapia? <input type="checkbox"/> MEJOR <input type="checkbox"/> IGUAL <input type="checkbox"/> PEOR
¿Recomendó el médico ejercicios en casa para este problema?		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
En caso afirmativo a los ejercicios caseros recomendados por el médico, complete esta sección.		
¿Qué tipo de ejercicios? _____		¿Quién le dio el plan de ejercicios? _____
¿Cuál fue el mes y el año en que empezó? _____		¿Cuál fue el mes y el año en que tuvo su última sesión? _____
¿Cuántas veces por semana hace ejercicio? _____		
¿Participa activamente en la fisioterapia, el programa de ejercicios en el hogar o la terapia quiropráctica desde la última inyección?		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Si respondió afirmativamente a lo anterior, describa su fisioterapia, el programa de ejercicios en el hogar o la terapia quiropráctica desde la última inyección.		
Firmas		
Este formulario firmado y completado será parte del historial médico del paciente. Cuando se necesite un historial de tratamiento conservador, se debe proporcionar este formulario o toda la información solicitada en este documento.		
Paciente	Proveedor	