

## Formulario de Historial de Tratamiento Conservador

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 **imágenes avanzadas**. En otros procedimientos, podría ser necesario un formulario diferente.

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

Fecha de hoy:	Paciente:	Fecha de nacimiento:
<p>Piense el motivo por el que consulta hoy a su proveedor. ¿Has tenido estos síntomas durante seis meses o más?</p> <p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p>		
<p>Si responde que no a lo anterior, ¿cuánto tiempo ha tenido estos síntomas?</p>		
<p><b>¿Ha probado alguno de los siguientes tratamientos?</b></p>		
<p>¿Descansar / cambiar o limitar su actividad? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p>		
<p>¿Calor o hielo? <input type="checkbox"/> CALOR <input type="checkbox"/> HIELO <input type="checkbox"/> AMBOS</p>		
<p>¿Fisioterapia? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p>		
<p>En caso afirmativo a la fisioterapia, complete esta sección.</p> <p>¿Cuál fue el mes y el año en que empezó? _____ ¿Cuál fue el mes y el año en que tuvo su última sesión? _____</p> <p>¿Cuántas sesiones? _____ ¿Cómo se siente después de hacer la terapia? <input type="checkbox"/> MEJOR <input type="checkbox"/> IGUAL <input type="checkbox"/> PEOR</p>		
<p>¿Recomendó el médico ejercicios en casa para este problema? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p>		
<p>En caso afirmativo a los ejercicios caseros recomendados por el médico, complete esta sección.</p> <p>¿Qué tipo de ejercicios? _____ ¿Quién le dio el plan de ejercicios? _____</p> <p>_____</p> <p>¿Cuál fue el mes y el año en que empezó? _____ ¿Cuál fue el mes y el año en que tuvo su última sesión? _____</p> <p>¿Cuántas veces por semana hace ejercicio? _____</p>		
<p>¿Medicamentos para este problema como antiinflamatorios de venta libre o analgésicos (ibuprofeno, Tylenol) o narcóticos? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>En caso afirmativo, ¿los ha estado tomando durante 3 o más meses? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p>		
<p><b>Firmas</b></p> <p>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.</p>		
Paciente	Proveedor	