

Formulario de historial de tratamiento conservador (Cirugía de espalda)

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 **una intervención en su espalda**. 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:	
¿Durante cuánto tiempo ha tenido estos síntomas que lo traen hoy?					
¿Ha probado alguno de los siguientes tratamientos?					
¿Fisioterapia?		En caso afirmativo, ¿cuál fue el mes y el año en que empezó? _____ Fecha de la última sesión _____			
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO					
¿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? _____					
Mes y año en que comenzó _____ Fecha de la última sesión _____					
¿Medicamentos para este problema como antiinflamatorios de venta libre o analgésicos (ibuprofeno, Tylenol) o narcóticos?					
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO En caso afirmativo, ¿los ha estado tomando durante 3 o más meses? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO					
¿Ha habido inyecciones epidurales o facetas previas?			<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
En caso afirmativo a lo anterior, enumere la(s) fecha(s) de la(s) inyección(es):					
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		