

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:
Piense el motivo por el que consulta hoy a su proveedor. ¿Has tenido estos síntomas durante seis meses o más?		
		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Si responde que no a lo anterior, ¿cuánto tiempo ha tenido estos síntomas?		
¿Ha probado alguno de los siguientes tratamientos?		
¿Descansar / cambiar o limitar su actividad?		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿Calor o hielo?		<input type="checkbox"/> CALOR <input type="checkbox"/> HIELO <input type="checkbox"/> AMBOS
¿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? _____		
¿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
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	