

Perfil médico del paciente

Fecha de hoy _____ Nombre del paciente _____

Fecha de nacimiento: _____

Consumo de tabaco: Sí No Tipo de uso: _____ Cuánto por día: _____

Número de caídas en los últimos 6 meses _____ Número de visitas al hospital, a la sala de emergencias, de atención urgente en los últimos 6 meses _____

Salud general: Excelente Buena Regular Mala Problemas de salud: _____

Nivel de actividad informado por el paciente: Muy activo Activo Actividad limitada Sedentario

Causa: Accidente laboral Accidente automovilístico Otro accidente Condición desde el nacimiento

Descripción: _____

Dispositivo recibido en los últimos cinco años: Sí No Detalles del dispositivo _____

Alergias: Sí No Tipo: _____

Medicamentos actuales: Sí No _____

Cirugías pasadas: Sí No _____ Fecha: _____

Amputaciones: Sí No Nivel: _____ Razón: _____ Fecha: _____

Otras condiciones médicas

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alzheimer o demencia | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Ansiedad |
| <input type="checkbox"/> Problemas intestinales | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson | <input type="checkbox"/> Migrañas | <input type="checkbox"/> Infecciones |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar (TB) | <input type="checkbox"/> Lesión cerebral / TBI | <input type="checkbox"/> Astma | <input type="checkbox"/> Cáncer |
| <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide | <input type="checkbox"/> Trastornos convulsivos | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado | <input type="checkbox"/> Problemas de la piel | <input type="checkbox"/> Diabetes tipo I | <input type="checkbox"/> Diabetes tipo II |
| <input type="checkbox"/> Problemas neurológicos | <input type="checkbox"/> Problemas de estómago | <input type="checkbox"/> Pérdida auditiva | <input type="checkbox"/> MRSA |
| <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular / AIT / CVA | <input type="checkbox"/> VIH | <input type="checkbox"/> Obesidad | <input type="checkbox"/> Enfermedad vascular |
| <input type="checkbox"/> Problemas cardíacos | <input type="checkbox"/> Problemas de visión | <input type="checkbox"/> Osteoartritis | <input type="checkbox"/> Otras _____ |

Questions? Call Toll Free 855-476-9697 or visit us online at www.SyracuseProstheticCenter.com
 1124 E. Fayette Street, Syracuse, NY 13210 (P): 315-476-9697 (F): 315-476-9694
 Email: info@syracuseprostheticcenter.com