

Texas Health Huguley Hospital
Outpatient Therapy - Medical History Intake Form

Name: _____ **Occupation:** _____

Personal Medical History:

Has a doctor or health professional ever told you that you have or had any of the following conditions?
 Please X all that apply and circle one that applies if multiple options:

- | | | |
|--|---|---|
| <p><i>Cardiac</i></p> <p><input type="checkbox"/> Congenital heart defect</p> <p><input type="checkbox"/> Heart problems /heart disease</p> <p><input type="checkbox"/> High blood pressure</p> <p><input type="checkbox"/> Low blood pressure</p> <p><input type="checkbox"/> Circulation problems or blood clots</p> <p><input type="checkbox"/> Pacemaker</p> <p><input type="checkbox"/> Anemia</p> <p><input type="checkbox"/> Chest pain/angina/palpitations</p> | <p><i>Lung Disease</i></p> <p><input type="checkbox"/> Coughing/wheezing on exertion</p> <p><input type="checkbox"/> Asthma</p> <p><input type="checkbox"/> Emphysema</p> <p><input type="checkbox"/> COPD</p> <p><input type="checkbox"/> Tuberculosis</p> | <p><i>Joint/Muscle</i></p> <p><input type="checkbox"/> Osteoporosis</p> <p><input type="checkbox"/> Rheumatoid arthritis</p> <p><input type="checkbox"/> Joint, tendon, or muscular pain</p> <p><input type="checkbox"/> Osteoarthritis</p> <p><input type="checkbox"/> Fibromyalgia</p> |
| <p><i>Gastrointestinal</i></p> <p><input type="checkbox"/> Abdominal pain/bloating/gas</p> <p><input type="checkbox"/> Painful bowels/loose stool/constipation</p> <p><input type="checkbox"/> Ulcers</p> <p><input type="checkbox"/> Irritable bowel syndrome</p> <p><input type="checkbox"/> Chron's Disease</p> <p><input type="checkbox"/> Colitis</p> <p><input type="checkbox"/> Diverticulitis</p> | <p><i>Neurological</i></p> <p><input type="checkbox"/> Epilepsy/seizure disorder</p> <p><input type="checkbox"/> Stroke/CVA</p> <p><input type="checkbox"/> Multiple sclerosis</p> <p><input type="checkbox"/> Dizziness/vertigo/fainting/blackouts</p> <p><input type="checkbox"/> Parkinson's</p> | <p><i>Psychological</i></p> <p><input type="checkbox"/> Depression</p> <p><input type="checkbox"/> Anxiety</p> <p><input type="checkbox"/> Bipolar</p> |
| <p><i>General</i></p> <p><input type="checkbox"/> Diabetes</p> <p><input type="checkbox"/> Cancer</p> <p><input type="checkbox"/> Thyroid problems</p> <p><input type="checkbox"/> Chemical dependency (alcoholism, etc.)</p> | <p><input type="checkbox"/> Severe Headaches</p> <p><input type="checkbox"/> Gout</p> <p><input type="checkbox"/> Skin problems</p> | <p><input type="checkbox"/> High cholesterol</p> <p><input type="checkbox"/> Prostate problems</p> <p><input type="checkbox"/> Lyme disease</p> <p><input type="checkbox"/> Liver disease</p> <p><input type="checkbox"/> Kidney disease</p> <p><input type="checkbox"/> Hepatitis A, B, C</p> <p><input type="checkbox"/> Other: _____</p> |

Any comments or additions to any of the above: _____

Have you fallen in the last 6 months? YES NO Describe: _____

Have you **recently** noted:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Unexplained weight loss/gain | <input type="checkbox"/> Nausea/vomiting | <input type="checkbox"/> Numbness/tingling |
| <input type="checkbox"/> Fatigue | <input type="checkbox"/> Dizziness | <input type="checkbox"/> Shortness of breath |
| <input type="checkbox"/> Headaches | <input type="checkbox"/> Fever/chills/sweats | <input type="checkbox"/> Pain at night |
| <input type="checkbox"/> Difficulty swallowing | <input type="checkbox"/> Change in appetite | <input type="checkbox"/> Change of interest |

Are you pregnant? Yes No How much do you smoke a day? _____

How many alcoholic beverages do you consume in a week? _____



OUTPATIENT THERAPY MEDICAL

Surgical History:

Please list any surgeries or other conditions for which you have been hospitalized, within the last 10-15 years, including the approximate date and reason for the surgery or hospitalization:

Date	Reason for Surgery/ Hospitalization
1.	
2.	
3.	
4.	

Please describe any **significant injuries** for which you have been treated, in the last 10 years, (including fractures, dislocations, sprains) and the approximate date of injury:

Date	Injury	Date	Injury
1.		3.	
2.		4.	

Allergies:

Any medication (s) you are allergic to: _____

Any other allergies: _____

Adhesive tape allergy: _____

Medications:

Please list any **prescription and over-the-counter** medication (s) you are currently taking (including pills, injections, and /or skin patches):

- 1. _____ 5. _____ 9. _____
- 2. _____ 6. _____ 10. _____
- 3. _____ 7. _____ 11. _____
- 4. _____ 8. _____ 12. _____

Have you undergone any **diagnostic testing** (X all that apply)

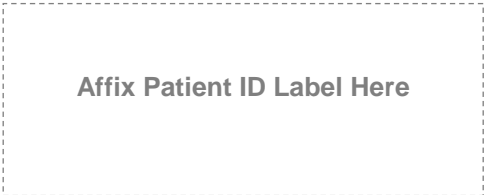
- Nerve conduction velocity EMG Bone Scan MRI
- Cardiac stress test CT scan Blood test Urinalysis
- Doppler studies X-rays Other: _____

Where was the test: _____

What were the results: _____

Please mark (X) on any of the following **whose care you are under**

- Medical Doctor (MD) Psychiatrist/Psychologist Rheumatologist
 - Pain Specialist Neurologist Chiropractor
- Other: _____



Pain of Current Injury

Onset due to: Sports Recreational Trauma Work related Injury at home Unknown
 Sudden Slow onset Chronic (more than 2 months)

Other: _____

Describe your symptoms trend: Improving Unchanging Worsening

Frequency of your pain: Constant Intermittent (daily) Occasional (less than daily)
 Sporadic (less than weekly) More specifically _____

Pain Intensity

0 = No pain, 10 = pain so intense you need to go to the hospital, worst imaginable

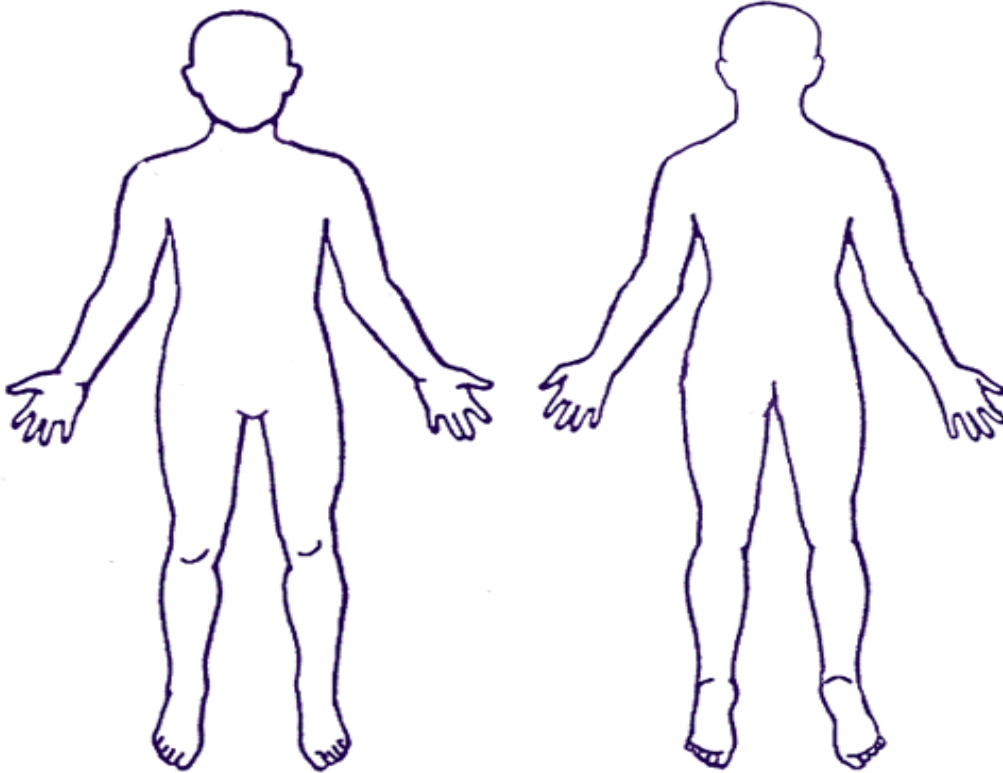
At worst(highest it gets): _____ At best(lowest it gets): _____ Pain worse at: Morning Day Night

At rest: _____ With movement: _____ Is the pain worse with coughing or sneezing? YES NO

Specify movements: _____

Please indicate where your pain/symptoms are by marking X at the location and check how your pain feels:

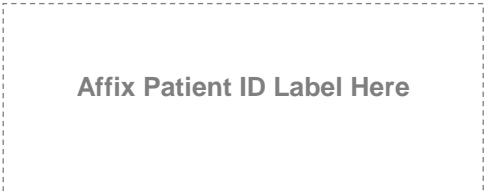
Ache Burning Numbness Pins and needles Stabbing Other: _____



What is your **goal** for therapy? _____

Patient signature: _____

Date: _____



**Terapia ambulatoria Texas Health Huguley
Formulario de historia clínica**

Nombre: _____ **Profesión:** _____

Historia clínica:

¿Alguna vez le ha informado un médico u otro profesional de la salud, que usted tiene o ha tenido alguno de los siguientes padecimientos? Sírvase marcar con X los que apliquen y trazar un círculo al que aplique en varias opciones:

Cardíaco

- Defecto cardíaco congénito
- Problema/Enfermedad del corazón
- Presión arterial alta
- Presión arterial baja
- Problemas circulatorios o coágulos
- Marcapasos
- Anemia
- Dolor de pecho/angina/palpitaciones

Enfermedad del pulmón

- Tos/Jadeo al esforzarse
- Asma
- Enfisema
- EPOC
- Tuberculosis

Articulación/Músculo

- Osteoporosis
- Artritis reumática
- Dolor de coyuntura, tendón, o músculo
- Osteoartritis
- Fibromialgia

Gastrointestinal

- Dolor abdominal/inflamación/gases
- Dolor intestinal/heces blandas/estreñimiento
- Úlceras
- Síndrome de colon irritable
- Mal de Chron
- Colitis
- Diverticulitis

Neurológico

- Epilepsia/convulsiones
- Apoplejía/ACV
- Esclerosis múltiple
- Mareo/vértigo/desmayos
- Mal de Parkinson

Psicológico

- Depresión
- Ansiedad
- Bipolaridad

General

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Migraña | <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Gota | <input type="checkbox"/> Problemas de la próstata | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal |
| <input type="checkbox"/> Problemas de tiroides | <input type="checkbox"/> Problemas de la piel | <input type="checkbox"/> Mal de Lyme | <input type="checkbox"/> Hepatitis A, B, C |
| <input type="checkbox"/> Dependencia química (alcoholismo, etc.) | | <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |

Algún comentario o explicación sobre cualquiera de los puntos anteriores: _____

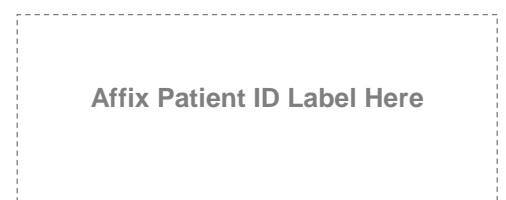
¿Se ha caído en los últimos 6 meses? **SÍ** **NO** Explique: _____

¿Ha experimentado alguno de los siguientes padecimientos **recientemente** ?

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Aumento/pérdida de peso inexplicable | <input type="checkbox"/> Nausea/vómitos | <input type="checkbox"/> Entumecimiento/Hormigueo |
| <input type="checkbox"/> Fatiga | <input type="checkbox"/> Mareos | <input type="checkbox"/> Falta de aire |
| <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> Fiebre/escalofríos/transpiración | <input type="checkbox"/> Dolores nocturnos |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para tragar | <input type="checkbox"/> Cambio de apetito | <input type="checkbox"/> Cambio de interés |

¿Está embarazada? Sí No ¿Cuántos cigarrillos fuma al día? _____

¿Cuántas bebidas alcohólicas consume a la semana? _____



Historial quirúrgico:

Sírvase hacer una lista de cualquier intervención quirúrgica u otro padecimiento por el cual haya ingresado en un hospital en los últimos 10 a 15 años, incluyendo la fecha aproximada y el motivo de la cirugía o estadía en el hospital:

Fecha	Motivo de la cirugía/estadía en el hospital
1.	
2.	
3.	
4.	

Sírvase describir cualquier **lesión de consideración** por la cual haya recibido tratamiento en los últimos 10 años, (incluyendo fracturas, dislocaciones, esguinces) y la fecha aproximada de la misma:

Fecha	Lesión	Fecha	Lesión
1.		3.	
2.		4.	

Alergias:

Cualquier medicamento (s) al que es alérgico: _____
 Cualquier otra alergia: _____
 Alergia al adhesivo del esparadrapo: _____

Medicamentos:

Sírvase anotar cualquier medicamento (s) **recetado o sin receta** que esté tomando actualmente (incluyendo pastillas, inyecciones y/o parches para la piel):

- | | | |
|----------|----------|-----------|
| 1. _____ | 5. _____ | 9. _____ |
| 2. _____ | 6. _____ | 10. _____ |
| 3. _____ | 7. _____ | 11. _____ |
| 4. _____ | 8. _____ | 12. _____ |

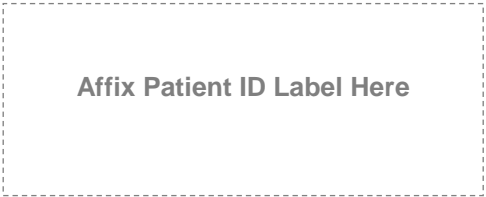
¿Le han hecho **pruebas de diagnósticos** (marque con una X las que le han practicado)

- Velocidad de conducción nerviosa EMG Barrido óseo TRM
 Prueba de esfuerzo cardíaco Tomografía computarizada Análisis de sangre Análisis de orina
 Estudios Doppler Radiografías Otro: _____

¿Dónde le hicieron la prueba? _____
 ¿Cuáles fueron los resultados? _____

Sírvase marcar con una (X) los médicos **que lo atienden a usted**

- Médico general (MD) Psiquiatra/Psicólogo Reumatólogo
 Especialista en dolor Neurólogo Quiropráctico
 Otro: _____



Dolor de la lesión actual

Comenzó debido a: Deportes Recreo Trauma Trabajo Lesión en casa No sabe
 De repente Poco a poco Crónico (más de 2 meses)

Otro: _____

Describe la tendencia de los síntomas: Mejoran No cambian Empeoran

Frecuencia del dolor: Constante Intermitente (diario) Ocasional (no todos los días)
 Esporádico (no todas las semanas) Especifique _____

Intensidad del dolor

0 = Ninguna, 10 = dolor tan intenso que tiene que ir al hospital, el peor dolor imaginable

Lo peor (máximo que siente): _____ Lo mejor (mínimo que siente): _____

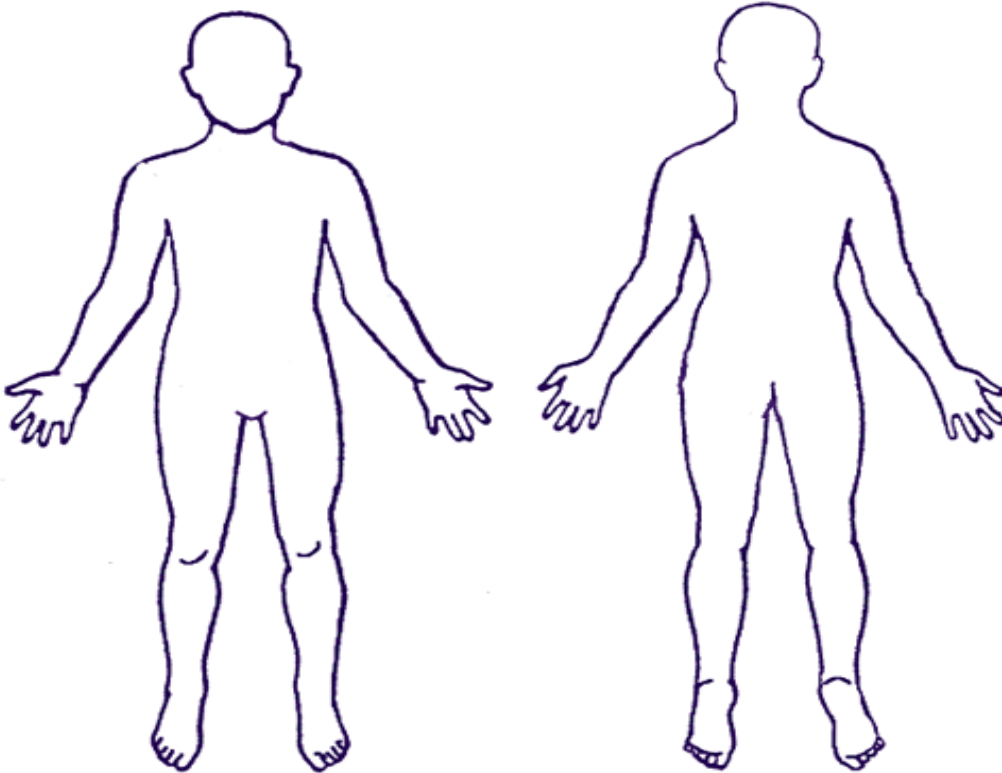
Se pone peor de: Mañana Día Noche En reposo: _____ En movimiento: _____

¿Empeora el dolor al toser o estornudar? SÍ NO

Especifique los movimientos: _____

Sírvase indicar donde siente dolor/síntomas marcando el lugar con una X y especifique el tipo de dolor:

Continuo Ardor Entumecimiento Hormigueo Punzada Otro: _____



¿Cuál es su meta a alcanzar con la terapia?

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

