

# EVALUACION INICIAL

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Problema (circulo uno) Izquierda Derecha Bilateral \_\_\_\_\_

Primera vez que paso o que lo noto, cuando? \_\_\_\_\_

Que Paso? (Incluya el tratamiento): \_\_\_\_\_

Rayos-X? S N Cuando? \_\_\_\_\_ Otras Consultas S N Quien? \_\_\_\_\_

Historia: Alergias a medicamentos: S N \_\_\_\_\_

Reacciones: \_\_\_\_\_

Historia de Nacimiento: Embarazo y parto: Normal \_\_\_\_\_ Complicaciones \_\_\_\_\_

Parto: Normal \_\_\_\_\_ Cesarea: \_\_\_\_\_ Neonatal: Termino completo \_\_\_\_\_ Prematuro \_\_\_\_\_ Peso al nacer: \_\_\_\_\_

Complicaciones: \_\_\_\_\_

INDICADORES DEL DESARROLLO: Edad de sentar: \_\_\_\_\_ Edad Andar: \_\_\_\_\_

Problemas: S N Que? \_\_\_\_\_

(Para mujeres) Empezaron tus periodos menstruales? S N; Cuando fue la primera \_\_\_\_\_

Problemas medicas (presente y pasado) S N Que? \_\_\_\_\_

Cirujias? S N Cuales? \_\_\_\_\_

Vacunas al corriente? S N Cual falta? \_\_\_\_\_

Terapia fisica o programa de rehabilitacion: \_\_\_\_\_

Ferrula otro equipo: \_\_\_\_\_

Medicinas y medicamentos: \_\_\_\_\_

Dosis: \_\_\_\_\_

Problemas similares en la familia? S N Quien y cuando? \_\_\_\_\_

Otras enfermedades serias en la familia? \_\_\_\_\_

Historia Social: Grado: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_ Clases regulares S N Problemas S N

Padres: Solteros Casados Separados Divorciados Nino (a) vive con: \_\_\_\_\_ Ocupacion \_\_\_\_\_

COMENTARIOS:

- Office Use Only -
DATE
PCP
REFERRING MD
AGE/SEX/DOB
PROBLEM
HEIGHT/WEIGHT