

## Historia de Rehabilitacion de la Pelvis de Paciente

Por que motivo viene a terapia fisica hoy? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Cuando empezo este problema? \_\_meses \_\_\_\_\_anos

Este fue el primer episodio de este incidente? Si/No  
Describa y diga la(s) fecha(s)

Desde el primer episodio se ha:  
\_\_\_\_mantenido igual \_\_\_\_\_empeorado \_\_\_\_\_mejorado

Si tiene dolor, por favor dele un numero de una escala de 0(ningun dolor) a 10(peor dolor). Describalo  
(ardor, cosquilleo, dolor, constanteo intremitante)\_\_\_\_\_

Describa tratamientos o ejercicios previos que ha hecho para esta condicion\_\_\_\_\_

Por favor marque TODAS las actividades que agravan sus sintomas

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sentada por mas de __ minutos                                   | <input type="checkbox"/> Con tocer/destornudar/jalar                  |
| <input type="checkbox"/> Parada por mas de __ minutos                                    | <input type="checkbox"/> Con reirse/gritando                          |
| <input type="checkbox"/> Caminando por mas de __ minutos                                 | <input type="checkbox"/> Con levantar/doblar                          |
| <input type="checkbox"/> Cambiando de posicion(ejemplo sentada a parada)                 |   |
| <input type="checkbox"/> Con actividades leves(quehaceres livianos)                      | <input type="checkbox"/> Con gatillos-agua corriendo, llave en puerta |
| <input type="checkbox"/> Con actividades vigorosas/ejercicios(Correr, levantar, saltando |   |
| <input type="checkbox"/> con nerviosismo   | <input type="checkbox"/> Ninguna actividad empeora mis sintomas       |
| <input type="checkbox"/> Con actividades sexuales  | <input type="checkbox"/> con el tiempo frio                           |
| <input type="checkbox"/> Otro:_____  |   |

Que le alivia sus sintomas? \_\_\_\_\_

Como ha sido afectado su estilo de vida por este problema? (por ejemplo, trabajo, social, actividad fisica, dieta/liquido) \_\_\_\_\_

Pongale un numero a la severidad de este problema en una escala del 0 (ningun problema) al 10 (peor problema) \_\_\_\_\_

Cuales son sus metas o pendientes? \_\_\_\_\_

Desde que empezo con sus sintomas usted ha tenido:

- |  |   |
|--|---|
| Si/No Fiebre/Escalofrios                       | Si/No Cansancio inexplicado               |
| Si/No cambio sin explicacion de peso           | Si/No Debilidad de musculos no explicable |
| Si/No Mareos/Desmayo                           | Si/No Dolor o sudor por la noche          |
| Si/No cambio en funcion del intestino o vejiga | Si/No Intumido/cosquilleo                 |
| Otros:_____                                    |   |

**Historia de Salud**

Fecha de su ultimo examen fisico: \_\_\_\_\_ Pruebas hechas: \_\_\_\_\_

Salud en General: Excelente Buena Mas o Menos Pobre de salud

Ocupacion: \_\_\_\_\_ Horas/Semana: \_\_\_\_\_ Discapacidad/Tiempo fuera \_\_\_\_\_

Salud Mental: Nivel actual de Estres \_\_\_Alto \_\_\_ Moderado \_\_\_ Bajo \_\_\_ Actualmente recibe Terapia Sicológica? Si/No

**Actividad/Ejercicio** Ninguno 1-2 veces por semana 3-4 veces por semana 5 o mas veces por semana

Describe: \_\_\_\_\_

Alguna vez ha tenido alguna de las siguientes condiciones o diagnosticos? Haga un circulo a lo que si haya tenido

Cancer	Embolia	Emfisema/Bronquitis cronica
Problemas del corazon	Epilepsia/Ataques	Asma
Alta Presion sanguinea	Esclerosis Multiple	Alergias-lista abajo
Hinchazon de tobillo	Lastimadura de cabeza	Sensitividad al Latex
Dolor en la espalda baja	Osteoporosis	Hipotiroide/Hipertiroide
Dolor en huesito de colita	Sindrome de Fatiga Cronica	Dolores de Cabeza
Alcoholismo/Problema de Drogas	Fibromialgia	Diabetes
Problema de vejiga desde ninez	Condiciones de Artritis	Enfermedad de Rinon
Depresion	Fractura de estres	Sindrome de intestino Irritable
Anorexia/bulimia	Artritis con Reumas	Hepatitis HIV/SIDA
Historia de fumar	Reemplazo de coyunturas	Enfermedades sexualmente transmitidas
Problemas o perdida de oido	Fractura de huesos	Enfermedad de Raynaud (pies y manos frias)
Problemas o perdida de vista	Lastimaduras de deportes	Abuso fisico o sexual

Otro/describa \_\_\_\_\_

**Historia de Cirujias/Procedimientos**

Si/No Cirujia de espalda/espina dorsal	Si/No Cirujia de vejiga/prostata
Si/No Cirujia de su cerebro	Si/No Cirujia de huesos/coyunturas
Si/No Cirujia de sus organos femeninos	Si/No Cirujia de sus organos abdominales

otros/describa: \_\_\_\_\_

**Historia Obstetrica/Ginecologica**

Si/No Dado a luz partos vaginales # _____	Si/No Sequedad Vaginal
Si/No Episiotomia # _____	Si/No Menstruacion dolorosa
Si/ No Cesareas # _____	Si/No Menopausea-cuando? _____
Si/No Partos dificiles # _____	Si/No penetracion dolorosa de vagina
Si/No prolapseo o organos caidos	Si/No Dolor Pelvico

Otros/Describe: \_\_\_\_\_

Todo Medicamento- pastillas, inyecciones, parches

Vitaminas o medicamentos sin-receta, etc \_\_\_\_\_

**Vejiga/Habitos de intestino/Problemas**

- |   |   |
|---|---|
| Si/No Sangre en el ori                    | Si/No Problemas para iniciar Sistema de urin  |
| Si/No Dolor al orinar                     | Si/No Orina intremite/ leve el chorro         |
| Si/No Problema con sentir llena la vejiga | Si/No Problemas para vaciar la vejiga         |
| Si/No Laxante actual                      | Si/No Hace fuerza o empuja para vaciar vejiga |
| Si/No Estrenimiento/duro para hacer       | Si/No Goteo despues de orinar                 |
| Si/No Problemas con retener gases/heces   | Si/No Tira orines constante                   |
| Si/No infecciones de la vejiga seguido    |   |
| Otro/Describe: _____                      |   |

1. Orina frecuentemente: horas despierta: \_\_\_ veces por dia, horas de dormir \_\_\_ veces por noche
2. Cuando siente necesidad normal de orinar, cuanto tiempo puede durar antes de necesitar usar el bano? \_\_\_ minutos, \_\_\_ horas, \_\_\_ o para nada
3. La cantidad usual de orines es: \_\_\_ poca \_\_\_ mediana \_\_\_ grande
4. Frecuencia de hacer del numero dos \_\_\_ veces por dia, \_\_\_ veces por semana, o \_\_\_\_\_
5. Cuando siente necesidad de ir al bano del numero dos, cuanto tiempo lo puede retrasar? o aguantarse \_\_\_ minutos, \_\_\_ horas, \_\_\_ o para nada
6. Si esta estrenida describa sus tecnicas de manejo \_\_\_\_\_
7. Promedio de liquidos que toma (un vaso es de 8 onzas o una taza) \_\_\_ vasos por dia
8. Ponga un numero de si siente que esta saliendose un organo/pesades de la pelvis/presion: \_\_\_ Ninguno presente \_\_\_ veces por mes (especifique si esta relacionado con actividad o su periodo) \_\_\_ Parandose por \_\_\_ minutos \_\_\_ horas \_\_\_ con hacer fuerzas

Saltee la pregunta si no se le tira/no tiene incontinencia

1. Se le derrama la vejiga-numero de episodios  
\_\_\_ No se tira \_\_\_ solo unas cuantas gotas \_\_\_ se moja su calzon \_\_\_ se le moja su ropa de afuera \_\_\_ moja el piso \_\_\_
2. Se derrama el intestino-numero de episodios  
\_\_\_ No se tira \_\_\_ solo unas cuantas gotas \_\_\_ se moja su calzon \_\_\_ se le moja su ropa de afuera \_\_\_ moja el piso \_\_\_
3. En un promedio, cuanto orine se le tira?  
\_\_\_ No se tira \_\_\_ solo unas cuantas gotas \_\_\_ se moja su calzon \_\_\_ se le moja su ropa de afuera \_\_\_ moja el piso \_\_\_
4. Que tipo de proteccion usa? (Por favor solo complete uno) \_\_\_ Ninguno \_\_\_ Proteccion minima (Papel de bano/toallita de papel/protector de panti) \_\_\_ Proteccion Moderada (producto absorbente/toallita maxi) Proteccion Maxima (Producto especial/Panal)
5. Numero de episodios- que se le tire del intestine \_\_\_ No se le tira \_\_\_ veces al dia \_\_\_ veces por semana \_\_\_ veces por mes \_\_\_ solo cuando hace mucha fuerza/tiene necesidad urgente/cuanto se le tira de numero dos? \_\_\_ nada \_\_\_ manchado de ropa \_\_\_ cantidad pequena en su calzon \_\_\_ se le tira completamente

En un promedio, cuantas veces tiene que cambiarse de toallitas/proteccion en 24 horas? \_\_\_\_\_ # de toallas