

**WHITE PLAINS HOSPITAL**  
**INFORMACIÓN DE ADMISIÓN DEL DEPARTAMENTO**  
**DE REHABILITACIÓN AMBULATORIA**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Idioma principal o idioma que prefiere: \_\_\_\_\_

Motivo de la terapia: \_\_\_\_\_

¿Fecha de aparición de la enfermedad actual (es decir, fecha de la operación o de la lesión)? \_\_\_\_\_

¿Actividades difíciles? \_\_\_\_\_

¿Objetivos de la terapia? \_\_\_\_\_

¿Recibe actualmente alguno de los siguientes servicios?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="radio"/> Ningún otro servicio | <input type="radio"/> Psicología/neuropsicología                   |
| <input type="radio"/> Fisioterapia         | <input type="radio"/> Terapia a domicilio o atención de enfermería |
| <input type="radio"/> Terapia ocupacional  | <input type="radio"/> Terapia en otro centro                       |
| <input type="radio"/> Terapia del habla    | <input type="radio"/> Atención quiropráctica                       |

**Evaluación del dolor**

¿Siente dolor? Sí o No

Ubicación: \_\_\_\_\_

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada	Rango de dolor leve			Rango de dolor moderado			Rango de dolor intenso			Sala de emergencias

Describa el dolor

(marque cada opción que se aplique en su caso)

- \_\_\_\_\_ Dolor agudo
- \_\_\_\_\_ Dolor vago o poco intenso
- \_\_\_\_\_ Palpitante
- \_\_\_\_\_ Hormigueo/entumecimiento
- \_\_\_\_\_ Punzante
- \_\_\_\_\_ Ardor

¿Con qué frecuencia aparece el dolor?

(marque una opción)

- \_\_\_\_\_ Constante (100 %)
- \_\_\_\_\_ Frecuente (75-99 %)
- \_\_\_\_\_ Intermitente (25-50 %)
- \_\_\_\_\_ Ocasional (0-25 %)

¿Qué movimiento o posición hace que el dolor aumente o disminuya? \_\_\_\_\_

¿Cuántas veces se despierta durante la noche debido al dolor? \_\_\_\_\_

**Evaluación del equilibrio**

¿Se ha caído en los últimos 30 días? S / N

¿Utiliza algún dispositivo de asistencia (bastón, andador, etc.)? S / N En caso afirmativo, indique cuáles:

\_\_\_\_\_

¿Siente que necesita ayuda para caminar hoy? S / N

**\*\*\* Toda respuesta afirmativa a las tres preguntas anteriores sitúa al paciente en riesgo de caída y se le debe ofrecer asistencia mientras esté en la consulta.**

**REVERSO →**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**Historia clínica**

- Asma
- Trastorno del sueño
- Cáncer
- EPOC/enfermedad pulmonar
- Depresión o trastorno del estado de ánimo
- Diabetes
- Enfermedad cardíaca
- Hipertensión arterial
- Nefropatía/hepatopatía
- Enfermedad neurológica (es decir, esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson)
- Osteoporosis u osteopenia
- Osteoartritis
- Artritis reumatoide
- Convulsiones
- Accidente cerebrovascular

¿Tiene un marcapasos o un dispositivo implantado? S / N

Indique los antecedentes quirúrgicos previos: \_\_\_\_\_

Indique los medicamentos que está tomando: \_\_\_\_\_

Indique las alergias: \_\_\_\_\_

**Evaluación del hogar**

Describe la situación actual en la que vive: \_\_\_\_\_

¿Se siente inseguro(a) en su vivienda? S / N

¿Alguien le ha amenazado con hacerte daño o controlarle en los últimos 12 meses? S / N

¿Alguien le ha hecho daño físico en los últimos 12 meses? S / N

¿Alguien no actuó correctamente a la hora de cuidarle cuando necesitó ayuda en los últimos 12 meses? S / N

**Directivas médicas anticipadas:**

Una directiva médica anticipada es un documento o documentación que le permite dar instrucciones sobre su futura atención médica o designar a otra(s) persona(s) para que tome(n) decisiones médicas si usted pierde la capacidad de decisión.

¿Tiene un formulario de instrucciones previas de soporte vital (MOLST, por sus siglas en inglés)?

\_\_\_\_\_ Sí \_\_\_ No

¿Tiene un poder notarial para asuntos médicos? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_ No

¿Desea recibir información sobre un formulario MOLST o un poder notarial para asuntos médicos?

\_\_\_\_\_ Sí \_\_\_ No

**Cuestionario de salud del paciente (PHQ-2)**

En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas?	Para nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Sintió poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
2. Sintió decaimiento, depresión o desesperanza	0	1	2	3

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del terapeuta: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_