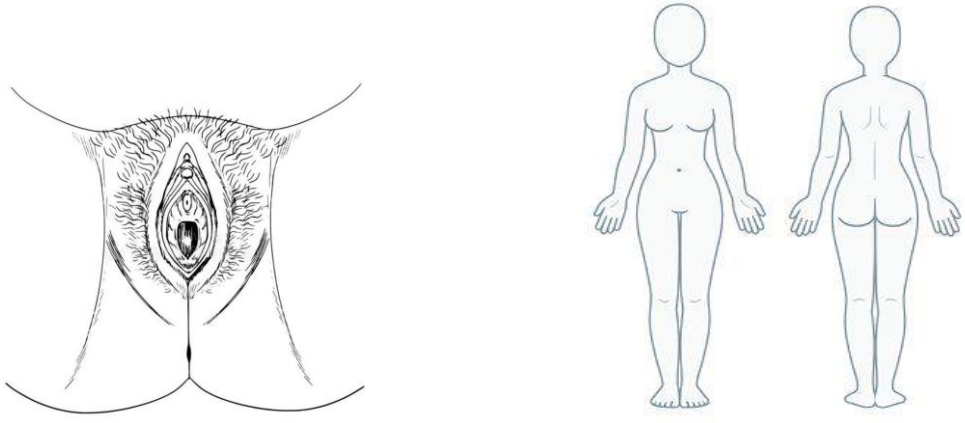




Formulario de admisión pélvica de fisioterapia y manos de California Hand & PT

Fecha:		Referido por:	
Nombre:		La edad:	Fecha de cumpleaños:
Dirección:		Celda#:	
Ciudad/Estado:		Email:	
Estas trabajando? Sí o no		¿Cuál es tu ocupación?	
Describe los síntomas que te llevan a la fisioterapia pélvica hoy.			
¿Cuándo se notaron estos síntomas por primera vez?			
Sombree las áreas que le molestan:			
			
En general, ¿cómo calificaría su dolor en una escala de 0 a 10 (0 es sin dolor en absoluto y 10 es el peor dolor imaginable)			
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10			
En una escala de 0 a 10, ¿cuánto le molestan estos síntomas a diario? (0 sin molestias y 10 significativamente molestos)			

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

EN UNA ESCALA DE 0-10, POR FAVOR CALIFIQUE SU CAPACIDAD PARA REALIZAR CADA TAREA. 0 PUEDE FUNCIONAR SIN DIFICULTAD Y 10 NO PUEDE FUNCIONAR EN ABSOLUTO.

Autocuidado	Cuidado
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Sentado	Quehaceres domésticos
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
De pie	Trabaja
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Caminando	Ocio/ Jugar
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Levantar más de 10 libras	Conduciendo
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Ejercitándose	
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	

¿Tiene un diagnóstico médico?

¿Estás en tratamiento médico o terapéutico? Sí o no

Si es así, ¿qué tratamientos?

¿Alguna precaución que deba tener en cuenta el terapeuta?

Enumere todos los medicamentos y suplementos que esté tomando y sus usos previstos (por ejemplo, anticonceptivos, DIU dispositivo intrauterino):

Si tiene un DIU, ¿de qué tipo es?:

Enumere todas las cirugías que haya tenido tanto médicas como cosméticas

Cualquier lesión importante (accidentes, fracturas, etc.) y cuándo ocurrió:

POR FAVOR MARQUE CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES QUE PUEDAN APLICARSE A USTED O PONGA UNA "P" SI HAN OCURRIDO EN EL PASADO:

ADHD	TMJ
Alergias	Estreñimiento / diarrea / ambos
Anemia	Diabetes
Ansiedad / Depresión / Pánico	Problemas digestivos
Artritis: reumatoide u osteoartritis	Mareos / vértigo
Asma / Dificultades respiratorias	Trastornos de la alimentación
Trastorno bipolar	Fibromialgia
Problemas de vejiga (urgencia, frecuencia, sangre)	Dolores de cabeza / migrañas
Cáncer / Tipo	Dificultades de aprendizaje
Presión arterial alta / cardiovascular	Condición neurológica (EM, accidente cerebrovascular, Parkinson, etc.)
Fatiga crónica	Osteoporosis
Dolor crónico: Circule las áreas afectadas a continuación:	Convulsiones
Cara Cuello Hombros Parte superior de la espalda	Infecciones de los senos
Pelvis, parte inferior de la espalda, coxis	Desorden del sueño

FEMALE HEALTH HISTORY

Partos vaginales# ____	C-Section # ____	Abortos espontáneos# _____	D&C # _____
Endometriosis	Cistitis intersticial	Cicatrices / Episiotomía	Prolapso

Sequedad	Describe tu menstruación: Ciclo ligero Ciclo regular Ciclo pesado Ciclo doloroso Sin ciclo	Menopausia: sí o no
Describe sus síntomas de la menopausia, si corresponde:		

FUNCIONES DEL PISO PÉLVICO:

El suelo pélvico tiene cuatro funciones principales: estabilidad para todo el cuerpo, función de la vejiga y los intestinos y salud sexual. Esta sección nos ayudará a comprender mejor lo que está experimentando.

FUNCIÓN VEJIGA		
Mojas la cama?	N	Y
Tiene ardor / dolor al orinar	N	Y
Dificultad para iniciar un chorro de orina	N	Y
¿Te esfuerzas por vaciar la vejiga?	N	Y

Se siente incapaz de vaciar la vejiga por completo	N	Y
Tener una sensación de "caída"	N	Y
Tiene urgencia de orinar	N	Y
¿Orina más de 7 veces al día?	N	Y
¿Utiliza alguna forma de protección contra fugas?	N	Y Almohadilla para adultos: #____ Mini almohadilla: #____ Forro: #____ Otro _____
¿Restringe la ingesta de líquidos?	N	Y
FUNCIÓN INTESTINAL		
Esfuerzo para defecar	N	Y
¿Incluyes fibra en tu dieta?	N	Y
¿Toma laxantes / enema con regularidad?	N	Y
¿Tiene dolor con las evacuaciones intestinales?	N	Y
¿Tiene fugas / mancha las heces?	N	Y
¿Tiene diarrea con frecuencia?	N	Y

FUNCION SEXUAL		
a. ¿Eres sexualmente activo? b. No c. Menos de una vez por semana d. Más de una vez por semana e. Diariamente o casi todos los días f.	Si no es sexualmente activo, díganos por qué. a. No tengo pareja b. Mi pareja no puede c. Sequedad vaginal d. Muy doloroso e. Vergüenza por prolapso o incontinencia f. Otras razones	¿Tiene suficiente lubricación vaginal natural durante el coito? a. Sí b. No
Durante las relaciones sexuales, la sensación vaginal es: a. Normal / agradable b. Mínimo c. Doloroso d. Ninguno	¿Sientes que tu vagina está demasiado floja? a. Nunca b. De vez en cuando c. Frecuentemente d. Siempre	¿Sientes que tu vagina está demasiado apretada? a. Nunca b. De vez en cuando c. Frecuentemente d. Siempre
¿Experimenta dolor durante las relaciones sexuales? a. Nunca b. De vez en cuando c. Frecuentemente d. Siempre	¿Dónde ocurre el dolor durante las relaciones sexuales? a. Sin dolor b. A la entrada de la vagina c. Muy adentro / en la pelvis d. Tanto en la entrada como en la pelvis	¿Tiene pérdidas de orina durante las relaciones sexuales? a. Nunca b. De vez en cuando c. Frecuentemente d. Siempre la entrada y en la pelvis
¿Cuánto le molestan estos problemas sexuales? a. Para nada b. Levemente c. Moderadamente d. Muy e. No aplica	Otras preocupaciones:	

HÁBITOS DE ESTILO DE VIDA

¿Tiene antecedentes de trauma? Sí o No (en caso afirmativo, explique)	
¿Experimentas estrés? Sí o no	Actualmente mi estrés es: leve Medio alto
¿Conoces la causa?	
¿Dónde retienes el estrés en tu cuerpo?	
¿Qué haces para reducir tu estrés?	
¿Te relajas o meditas? Sí o no	Si es así, ¿con qué frecuencia?
¿Hacer ejercicio? Sí o no	Si es así, ¿cuántas veces por semana?
Describe tu rutina:	
DESCRIBA UNA DIETA TÍPICA DE DÍAS:	
Desayuno:	Almuerzo:
Cena:	Bocadillo:
¿Cuántas frutas y verduras comes al día?	¿Algún cambio en el apetito?
¿Cuánta agua bebes al día?	¿Cuánto café / té / gaseosa bebe al día?
¿Cuántas horas de sueño sueles dormir?	Cualquier dificultad: quedarse dormido / permanecer dormido / despertar del dolor
¿Cuántas horas pasas en las pantallas al día? (incluye teléfonos inteligentes, computadora, tv)	
¿Cuántas horas te sientas al día?	
¿Qué haces en tu vida que te trae alegría y placer?	
¿Tiene un sistema de apoyo seguro?	
¿Cuánto está dispuesto a comprometerse a cambiar para deshacerse de los síntomas que tiene? Cueste lo que cueste / Cambio significativo / Algún cambio / Sin cambio	
Cualquier otra cosa que le gustaría que supiéramos:	
¿Cuáles son sus objetivos de tratamiento?	

Consentimiento: Entiendo que me han referido para fisioterapia del piso pélvico. Para evaluar y tratar mi afección, puede ser necesario que mi terapeuta realice un examen de los músculos internos del piso pélvico. El examen y algunos tratamientos se realizan observando y / o palpando la región perineal, incluida la vagina y / o el recto. Esto nunca se hace sin consentimiento, tiene la opción de negarse y siempre es bienvenido a que un tercero asista para evaluación o tratamientos.

Firma del paciente

Fecha