

**Centro Keck de Servicios de Terapia  
Ambulatoria  
Cuestionario de terapia**

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_ Su edad: \_\_\_\_\_ Su ocupación \_\_\_\_\_

**1. ¿Tiene actualmente o ha tenido alguna de las siguientes? Por favor, explique.**

Presión arterial alta	Sí	No	Problemas de respiración/Asma	Sí	No
Problemas de corazón/Marcapasos	Sí	No	Fracturas/Osteoporosis	Sí	No
Problemas de circulación	Sí	No	Apoplejía	Sí	No
Convulsiones	Sí	No	Artritis	Sí	No
Diabetes	Sí	No	Depresión/Ansiedad	Sí	No
Mareos	Sí	No	Implantes de metal	Sí	No
Alergias	Sí	No	Cáncer	Sí	No
Problemas de intestinos/vejiga	Sí	No	Problemas de memoria	Sí	No
Pérdida/ganancia de peso	Sí	No	Confusión	Sí	No
Embarazada actualmente	Sí	No	Pérdida de audición	Sí	No
Alergias al calor o al hielo	Sí	No	Problemas para dormir	Sí	No

**2. Describa el problema que lo trae a terapia** \_\_\_\_\_

**3. ¿Cuándo comenzó su problema?** \_\_\_\_\_

**4. ¿Ha tenido problemas anteriores de este tipo?** \_\_\_\_\_

**5. ¿Qué objetivos podemos ayudarle a alcanzar con la terapia?** \_\_\_\_\_

**6. ¿Ha recibido ya terapia este año? Si es así ¿de qué tipo?** \_\_\_\_\_

**7. ¿Hace ejercicio de manera habitual? S/N**

¿Si es así cuál es su rutina? \_\_\_\_\_

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

**9. ¿Cómo aprende mejor? Demostración / folletos que le reparten /**

**Instrucciones verbales (encierre en un círculo)**

Patient Label



**Keck Center for Outpatient  
Therapy Services**

**THERAPY  
QUESTIONNAIRE**

**PROPORCIONE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN**

<b>Medicación actual (agregue una página si la necesita)</b>	

<b>Alergias/Reacciones adversas a medicación</b>	

<b>Principales problemas médicos</b>	<b>Fecha</b>

<b>Cirugías/procedimientos invasivos</b>	<b>Fecha</b>

Patient Label



**Keck Center for Outpatient  
Therapy Services  
THERAPY  
QUESTIONNAIRE**