



720 N Webb Rd. Grand Island, NE 68803

308-384-2500

HISTORIA MÉDICA DEL PERFIL DE LA CAPACIDAD FÍSICA ®

EMPRESA: _____ SOLICITANTE DE EMPLEO: _____

NOMBRE DEL SOLICITANTE: _____ EDAD: _____ SEXO _____ ESTATURA: _____

SEGURIDAD SOCIAL: _____ LADO DOMINANTE: DER. IZQUI.

HISTORIA MEDICA: (Si tiene o ha tenido alguno de los siguientes, se indican a continuación, por debajo, entonces...) Circulé Y (SÍ) N (No)

- Y N Fumador _____ Y N Dolor De Cuello _____
Y N Enfermedad Cardíaca _____ Y N Cirugía De Cuello _____
Y N Asma _____ Y N Dolor De Espalda _____
Y N Bronquitis _____ Y N Fractura De Espalda Anterior _____
Y N Presión Alta de Sangre _____ Y N Episodios Previos De Dolor De Espalda _____
Y N La Epilepsia y Convulsiones _____ Y N Dolor De Columna En El Presente, Sin Dolor De Pierna _____
Y N Diabetes _____ Y N Presente Dolor Intermitente O Espasmos, Ocasional En La Pierna _____
Y N Decapacidad Auditivos _____ Y N El Dolor Presente, Significativo Y Frecuente Dolor De Piernas Con Musculatura Débil. _____
Y N Utiliza Lentes Correctoras o Lentes de Contacto _____ Y N Previa Cirugía De La Espalda Sin Síntomas. _____
Y N Dolores de Cabeza o Migrañas _____ Y N Presente Dolor De Espalda y Previa Cirugía De La Espalda _____
Y N Enfisema _____ Y N Presente Dolor De Espalda Y 2 O Más Cirugías De Espalda _____
Y N Osteoporosis _____ Y N Dolor De Cadera _____
Y N Artritis _____ Y N Cirugía De Cadera _____
Y N Hernia _____ Y N Problemas O Dolor De Rodilla _____
Y N Cirugía de Hernia _____ Y N Previa Lesión De Rodilla _____
Y N Tendinitis _____ Y N Cirugía De Rodilla _____
Y N Dolor de Codo Con el Uso _____ Y N Dolor En El Talón _____
Y N Dolor de Muñeca Con el Uso _____ Y N Presente / Posiblemente Embarazada _____
Y N Síndrome del Túnel Carpiano _____ Y N Cualquier Cirugías En Los Últimos 4-5 Meses _____
Y N Adormecimiento Ocasional Con Usuario Y Sensación Normal _____
Y N Disminución De La Sensibilidad Y Entumecimiento Frecuente Con El Uso _____
Y N Disminuir La Sensación De Entumecimiento Constante, Dolor Con El Uso. _____
Y N Previa Cirugía Del Túnel Carpiano _____
Y N Lesiones De Hombro _____
Y N Dolor De Hombro Con el Uso _____
Y N Antes De Una Cirugía Del Hombro _____
Y N Fractura o Rotura De Cualquier Hueso _____

MEDICAMENTOS QUE SE ESTAN TOMANDO: _____

FIRMA: _____ FECHA: _____

- 1. Peso _____ 3. Sistólica BP _____ 4. Pliegue Cutáneo _____
2. Ritmo Cardíaco _____ Diastólica BP _____ 5. Espirometría _____
Apretón Derecho _____ Pinchón Derecho _____
6. Apretón Izquierdo _____ 7. Pinchón Izquierdo _____
8. T12 ROM _____ 9. Cuclillas _____ 10. Sentadillas _____ Pila _____
Sacral ROM _____