

Perfil médico del paciente		
Fecha:	Nombre del paciente:	
Caídas en los últimos 6 meses <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hospital, Sala de emergencias, o Visita al centro de atención de urgencia en los últimos 6 meses <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Detalles:	Fecha:	Detalles:
Salud general: <input type="checkbox"/> Mala <input type="checkbox"/> Justa <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Excelente	Nivel de actividad: <input type="checkbox"/> Sedentaria <input type="checkbox"/> Actividad limitada <input type="checkbox"/> Activa <input type="checkbox"/> Muy Activa	
Altura: _____ Peso: _____	Dispositivo recibido dentro de los últimos cinco años: : <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Detalles del dispositivo:
Uso de tabaco: <input type="checkbox"/> Actualmente <input type="checkbox"/> Previamente <input type="checkbox"/> Nunca	Tiene alergias <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Lista de alergias:	
Causa		
<input type="checkbox"/> Accidente de empleo	Fecha:	Estado: Descripción:
<input type="checkbox"/> Autolesión	Fecha:	Estado: Descripción:
<input type="checkbox"/> Otro accidente	Fecha:	Estado: Descripción:
<input type="checkbox"/> Afección desde el nacimiento		
Otras afecciones médicas		
<input type="checkbox"/> Alzheimer o demencia	<input type="checkbox"/> Presión sanguínea alta	<input type="checkbox"/> Osteoporosis
<input type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/> HIV	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Infecciones	<input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar (TB)
<input type="checkbox"/> Cirugía cerebral/TBI	<input type="checkbox"/> Problemas intestinales	<input type="checkbox"/> Artritis Reumatoide
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Enfermedad en el riñón	<input type="checkbox"/> Trastornos convulsivos
<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado	<input type="checkbox"/> Problemas en la piel
<input type="checkbox"/> Diabetes Tipo I	<input type="checkbox"/> Migrañas	<input type="checkbox"/> Problemas estomacales
<input type="checkbox"/> Diabetes Tipo II	<input type="checkbox"/> MRSA	<input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular/TIA/ACV
<input type="checkbox"/> Pérdida de la audición	<input type="checkbox"/> Problemas neurológicos	<input type="checkbox"/> Enfermedad vascular
<input type="checkbox"/> Problemas del corazón	<input type="checkbox"/> Obesidad	<input type="checkbox"/> Problema de la vista
<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Osteoartritis	
<input type="checkbox"/> Otras afecciones	Otras afecciones	



Otras afecciones médicas

Amputaciones:

Medicamentos para el dolor:

Otros medicamentos:

Cirugías:

Metas personales para el dispositivo: