



Advance Spine and Pain Physical Therapy, LLC

225 East State St. Suite 12, Trenton NJ 08608

Tel: (609) 695-8100 Fax: (609) 695-8110 www.asappt.com

Historia Medical Anterior

Nombre: _____ Fecha: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Puedes adjuntar documentos adicionales que tenga

Historia Medical Anterior: _____

Historia Anterior de Cirugia : _____

Medicamentos (favor de incluir vitaminas/suplementas): _____

Allergias (incluye medicinas/plastico): _____

Favor de marcar los siguientes condiciones:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Stroke | <input type="checkbox"/> Pacemaker |
| <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Implantes de metal |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades del corazon | <input type="checkbox"/> Blood clot | <input type="checkbox"/> Presion Alta |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> HIV/SIDA |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Tendencia de Sangrar | <input type="checkbox"/> Pulmonia |
| <input type="checkbox"/> Ataques Epilepticos | <input type="checkbox"/> Tendencia de sudar
de noche | <input type="checkbox"/> Cambios de peso |

Firma del Paciente: _____