KinéPath
2e étage, N° 6, Angle boulevard Ouarzazate et boulevard El Daouha, Californie, Casablanca
0522 52 52 55 · WhatsApp 0766 68 68 78 · centrekinepath@gmail.com

Preparar mi valoración

Para rellenar en casa antes de la primera sesión y traer al centro

Unos 10 minutos. Todas las respuestas son opcionales: marque o escriba solo lo que sepa. Guarde el archivo en su dispositivo o imprímalo: el sitio no recibe nada.

1. Quién rellena este documento

Este documento lo rellena:
☐ yo, para mí ☐ un padre o una madre, para su hijo/a ☐ un allegado, para la persona atendida

Nombre y apellidos del paciente:

Fecha de nacimiento: **Niño menor de 2 años: edad en meses:**

Teléfono:

2. Por qué viene

Viene para:
☐ Huesos y fracturas ☐ Reumatismos y articulaciones ☐ Rehabilitación deportiva ☐ Parálisis y sistema nervioso
☐ Niños ☐ Respiratorio ☐ Pre y posnatal, incontinencia ☐ Postura y equilibrio ☐ Drenaje linfático
☐ otro:

¿Le ha derivado un médico al centro? ☐ sí, Dr./Dra. ☐ no

¿Tiene una receta? ☐ sí ☐ no ☐ no lo sé

3. Dónde y desde cuándo

¿Dónde le duele o tiene molestias? (puede marcar varias)
☐ Cabeza y cara ☐ Cuello ☐ Nuca ☐ Hombro ☐ Respiración ☐ Codo y mano
☐ Parte alta de la espalda ☐ Zona lumbar ☐ Pelvis y periné ☐ Cadera ☐ Glúteo y cadera
☐ Muslo y pantorrilla ☐ Rodilla ☐ Tobillo y pie ☐ en otro sitio:

¿Desde cuándo?
☐ no lo sé ☐ menos de una semana ☐ de 1 a 4 semanas ☐ de 1 a 3 meses ☐ más de 3 meses

¿Cómo empezó?
☐ tras una caída, un golpe o un accidente ☐ tras una operación ☐ poco a poco, sin causa conocida ☐ no lo sé

Desde el principio, esto: ☐ va mejor ☐ no cambia ☐ va peor

¿Le había pasado antes? ☐ sí ☐ no

4. El dolor

0 = ningún dolor, 10 = el peor dolor imaginable.

Esta semana, su dolor más fuerte (0 a 10): **Esta semana, su dolor más leve (0 a 10):**

5. Lo que resulta difícil en el día a día

Hasta 3 actividades que le cuesta hacer por este problema (por ejemplo: subir una escalera, cargar a un niño, dormir de lado). Para cada una, una nota de 0 (no lo consigo en absoluto) a 10 (como antes).

1. /10
2. /10
3. /10

6. Su salud

Enfermedades conocidas:

Operaciones (cuáles, cuándo):

¿Se ha caído en los últimos 12 meses? ☐ no ☐ sí, número de veces:

Medicamentos que toma: ☐ traigo mi receta o mi lista ☐ los escribo:

¿Toma, o ha tomado durante mucho tiempo, cortisona (corticoides)? ☐ sí ☐ no ☐ no lo sé
¿Toma medicamentos para dormir o contra la ansiedad? ☐ sí ☐ no
Pruebas ya realizadas (para traer):
☐ radiografía ☐ resonancia magnética ☐ ecografía ☐ TAC ☐ informe del médico ☐ ninguna
¿Ha tenido ya sesiones de fisioterapia por este problema? ☐ sí ☐ no

7. Signos que no deben esperar

¿Tiene un dolor que no se calma en reposo, o que le despierta por la noche? ☐ sí ☐ no
¿Tiene fiebre, o un cansancio inhabitual? ☐ sí ☐ no
¿Ha perdido peso sin querer en los últimos meses? ☐ sí ☐ no
¿Tiene, o ha tenido, un cáncer? ☐ sí ☐ no
¿Ha sufrido una caída o un golpe importante recientemente? ☐ sí ☐ no
¿Tiene osteoporosis, o ha tenido alguna fractura sin un gran golpe? ☐ sí ☐ no ☐ no lo sé
¿Siente hormigueo, o menos sensibilidad, entre las piernas (zona de la silla de montar)? ☐ sí ☐ no
¿Tiene dificultad para orinar, o pérdidas de orina o de heces nuevas? ☐ sí ☐ no
¿Una pierna se vuelve cada vez más débil, o el dolor baja por las dos piernas? ☐ sí ☐ no

Si ha respondido «sí»
No espere a su sesión: llame a su médico. Si tiene dificultad para orinar, pérdidas nuevas u hormigueo entre las piernas, acuda a urgencias.

8. Su vida diaria

Su trabajo o su actividad principal:
☐ más bien sentado/a ☐ de pie o en movimiento ☐ carga de pesos ☐ sin actividad profesional
¿Está de baja laboral por este problema? ☐ sí ☐ no
¿Teme que moverse agrave su problema? ☐ en absoluto ☐ un poco ☐ mucho
En este momento, se siente estresado/a o desanimado/a: ☐ en absoluto ☐ un poco ☐ mucho
¿Cree que su problema va a mejorar? ☐ sí ☐ no lo sé ☐ no

9. Sus expectativas y sus preguntas

¿Qué espera de las sesiones?

Sus preguntas para la fisioterapeuta:

10. Si es para su hijo/a

Su relación con el niño/a: ☐ madre ☐ padre ☐ otra:
El niño/a nació: ☐ a término ☐ prematuro, semanas: ☐ no lo sé
Lo que ya sabe hacer:
☐ sostener la cabeza ☐ darse la vuelta ☐ sentarse solo/a ☐ desplazarse solo/a ☐ caminar solo/a

11. Qué hay que traer

Para traer:
☐ este documento ☐ su receta ☐ sus radiografías, resonancias o ecografías ☐ los informes de su médico
☐ sus documentos del seguro médico ☐ ropa cómoda

Sus datos
Este documento sirve para preparar su primera valoración en el centro KinéPath. Todas las respuestas son opcionales. El sitio no recibe nada: usted trae este documento o lo muestra en el centro. Lo lee la fisioterapeuta, sujeta al secreto profesional. Puede pedir al centro acceder a él, corregirlo o dejar de usarlo.