

DATOS PERSONALES

APELLIDOS:

NOMBRE:

DOMICILIO:

LOCALIDAD:

PROFESIÓN:

FECHA DE NACIMIENTO:

E-MAIL:

PRINCIPAL INTERES DE CONSULTA:

DNI:

Nº Historia:

C.P:

TELF:

ANAMNESIS

1.- ENFERMEDADE PREVIAS (virales, infecciosas, autoinmunes, renales, Diabetes, trastornos de la coagulación, cardiacas....)

2.- INTERVENCIONES QUIRURGICAS:

4.-MEDICACIÓN:

5.- ALERGIAS:

6.- DEPORTE:

7.- HORAS DE SUEÑO: (problemas de sueño, estrés, cansancio...)

8.- ANTECEDENTES FAMILIARES:

9.- LESIONES ANTERIORES:

SINTOMAS:

1.- ¿Cómo es el dolor?

2.- ¿Cuándo? ¿Cuándo fue el inicio del dolor?

3.- ¿Irradiaciones, parestesias?

4.- ¿Vértigos, dolor de cabeza?

5.- ¿Gafas?

6.- ¿Antecedentes traumáticos?

7.- Forma de trabajo



PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: RX, RMN...

VALORACION FISIOTERÁPICA:



OBSERVACIONES:

OBJETIVO DEL TRATAMIENTO:

ENTREVISTA CLÍNICA SUELO PÉLVICO MÉDICO

Antecedentes médicos y obstétricos del paciente.

Nº de embarazos: Nº de hijos:

Señalar de entre los siguientes el que corresponda a su parto:

Nº	Cesárea	Episiotomía	Desgarro	Fórceps	De nalgas	Epidural
1						
2						
3						
4						
5						

- ¿Tuvo incontinencia en los embarazos? sí no
- ¿Tuvo incontinencia después del parto? sí no
- ¿Sufrió un prolapso después del parto? sí no no se
- ¿Comenzó a orinar normalmente después del parto? sí no
- ¿Realizó sesiones de preparación al parto? sí no
- ¿Realizó sesiones de reeducación perineal después del parto? sí no

Antecedentes médicos:

- **Patologías y/o cirugías ginecológicas:**
- **Patologías neurológicas y/o con denervación muscular:**
- **Patologías respiratorias que provoquen una hiperpresión intraabdominal de forma crónica, como puede ser la bronquitis crónica o las alergias:**
- **Patologías digestivas que cursen con estreñimiento crónico:**
- **Patologías psicológicas:**
- **Medicación:**

Características de episodios de incontinencia: de esfuerzo, mixta o de urgencia.

TERAPEUTA