

<p>Necesidades Especiales: Nutrición de Adulto (Oral) Nutrición de Adulto (Gastronomía) Asistencia de Tos Maquina de Succión Bi-Pap o C-Pap Ventilador/Tracheostomia Silla de Ruedas (Manual) Silla de Ruedas (Motorizada) Ascensor Hoyer (Manual o Motorizada)</p>	
<p>Por favor especifique cualquier ensayos clínicos o mayor terapia que están planeados para empezar dentro de seis meses, incluyendo tratamiento, ubicación de ensayo o terapia, fecha planeada y duración:</p>	
<p>Estado Actual: Incluya síntomas, movilidad, habla, miembros, uso, ritmo de progresión, dispositivos de asistencia:</p>	
<p>También, especifique otra información sobre lo siguiente y si es posible, las medicaciones y tratamientos que han sido usados para cada una:</p>	<p>Llene abajo</p>
<p>Infarto de Miocardio (Ataque al Corazón) Enfermedad del Corazón, Desorden circulatorio:</p>	
<p>Diabetes:</p>	
<p>Derrame Cerebral (Isquemia Cerebral):</p>	
<p>Presión de la Sangre Baja o Alta: (Especifique presión de la sangre usual bajo reposo)</p>	
<p>Otras desordenes Neurológicas (Parkinsons, Alzheimer's, Demencia, Ataxia o Otras):</p>	
<p>Uso de Corriente/Pasado de Tabaco o Alcohol</p>	
<p>Exposición de Sustancia Toxicas en el Trabajo,</p>	

Deportes, o Otras:	
Describa cirugías previas, procedimientos médicos (aparte de diagnostico) en los últimos 10 años.	
Describa todas las alergias de comida, medicaciones, animales, o otras fuentes de contacto. Especifique la causa e efecto por cada uno.	
Otros Comentarios o Otros Asuntos Que Tenemos que tratar	