**INFORMACIÓN GENERAL**

Nombre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**1. Indicar la fecha y precisamente cómo comenzó su dolor actual.**

Fecha de la lesión:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2. ¿Cuál es su ocupación actual? Describa sus responsabilidades laborales. ¿Cuánto hace que trabaja ahí?**

Empleador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Puesto de trabajo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Responsabilidades habituales: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tiempo que hace que trabaja con el empleador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Estado de empleo actual:

* Trabajo normal
* Trabajo liviano
* Despedido
* Discapacitado
* Jubilado
* Nuevo puesto
* Fuera del trabajo durante los últimos \_\_\_\_meses

**3. Si su dolor aparece en diferentes lugares, enumérelos en orden de importancia. Coloque 1 en el lugar donde más dolor siente, 2 en la segunda área con más molestias. Continúe hasta que las opciones no correspondan a su caso.**

 \_\_\_Dolores de cabeza

 \_\_\_Cuello

 \_\_\_Hombros o brazos

 \_\_\_Entre los omóplatos

 \_\_\_Zona lumbar

 \_\_\_Glúteos o piernas

 \_\_\_Otro

**4. Mi dolor comenzó**

\_\_\_de repente

 \_\_\_hace días o semanas

 \_\_\_hace años

 \_\_\_de forma constante

 \_\_\_de forma ocasional, aproximadamente \_\_\_ horas por día

 \_\_\_con poca frecuencia, aproximadamente \_\_\_veces por semana

 \_\_\_en raras ocasiones, aproximadamente \_\_\_veces por mes

**5. Por lo general, mi dolor es peor** (elija solo una opción):

 \_\_\_cuando me levanto de la cama

 \_\_\_a medida que transcurre el día

 \_\_\_a la noche en la cama

 \_\_\_en diferentes momentos

**6. El dolor aumenta cuando:** (marque todas la opciones que correspondan; haga una estrella en la actividad que más le causa dolor)

 \_\_\_gira/dobla en cuello

 \_\_\_sube escaleras

 \_\_\_trabaja en altura

 \_\_\_dobla la espalda

 \_\_\_se levanta

 \_\_\_gira

 \_\_\_permanece parado por un tiempo

 \_\_\_permanece sentado por un tiempo

 \_\_\_tose

 \_\_\_estornuda

 \_\_\_se esfuerza para ir de cuerpo

 \_\_\_entra/sale de un auto o cuando se sienta/levanta de una silla

 \_\_\_está acostado en la cama

**7. Si el dolor se produce cuando camina, ¿cuánto o por cuánto tiempo puede caminar hasta que el dolor lo detiene** (minutos o distancia)?

**8. La caminata produce** (describa el lugar al lado de las opciones que elija):

 \_\_\_entumecimiento

 \_\_\_debilidad

 \_\_\_dolor de espalda

 \_\_\_dolor de piernas

 \_\_\_inestabilidad/inmovilidad en las piernas

 \_\_\_alivio del dolor

**9. ¿Se ha hecho un mielograma, una tomografía axial computarizada o una resonancia magnética por este problema en los últimos años?** (marque con un círculo todas las opciones que correspondan)

**10. Mi dolor se reduce** (marque todas las opciones que correspondan):

 \_\_\_cuando descanso

 \_\_\_con calor

 \_\_\_cuando me acuesto

 \_\_\_cuando me acuesto de costado

 **Mi dolor se reduce (continuación):**

\_\_\_con un soporte

 \_\_\_con medicamentos

 \_\_\_con elongación

 \_\_\_con nada

 \_\_\_otra:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**11. Si tuvo dolores lumbares o de cuello antes, indíquelo. ¿En cuánto tiempo se redujeron los dolores?** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**12. Haga una lista de los médicos que han evaluado su condición. Incluya direcciones y números de teléfono. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**13. ¿Hay algún abogado involucrado en este caso? De ser así, indique el nombre, la dirección y el número de teléfono. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**14. Enumere todos los tratamientos que ha hecho para aliviar su dolor actual. Haga una estrella en aquellos que han sido efectivos.**

 \_\_\_Ninguno

 \_\_\_Fisioterapia

 \_\_\_Quiropráctica

 \_\_\_Medicamentos

 \_\_\_Estimulación eléctrica/Neuroestimulación eléctrica transcutánea

 \_\_\_Inyecciones locales

 \_\_\_Inyecciones facetarias

 \_\_\_Inyecciones epidurales de esteroides

 \_\_\_Cirugía percutánea o laparoscópica

 \_\_\_Cirugía abierta

 \_\_\_Ejercicios

 \_\_\_Otro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**15. ¿Qué exámenes se ha realizado antes de su visita?**

 \_\_\_Ninguno \_\_\_Radiografías

 \_\_\_Tomografía computarizada \_\_\_Resonancia magnética

 \_\_\_Estudios del sistema nervioso \_\_\_Mielograma

 \_\_\_Capacidad funcional \_\_\_Discografía

**16. ¿Tiene planeado volver al trabajo? Sí/No**

**17. Otras articulaciones donde siento molestias incluyen:**

 \_\_\_la cadera \_\_\_la rodilla

 \_\_\_el hombro \_\_\_el codo

 \_\_\_otra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**18. ¿Siente que el dolor se debe a una herida o lesión que posiblemente recibió por parte de otra persona? Sí/No**

**19. Complete el siguiente dibujo en relación con sus dolores.** Pinte las áreas de dolor y haga estrellas en las áreas de entumecimiento.

**20. Comparado con el año pasado, usted ha:**

 \_\_\_perdido\_\_\_\_libras

 \_\_\_aumentado\_\_\_libras

 \_\_\_mantenido su peso

**21. Indique si ha notado algún cambio en las funciones de la vejiga o de los intestinos.**

 \_\_\_Micción frecuente

 \_\_\_Accidentes relacionados con la orina

 \_\_\_Inicio o detención del flujo de orina

 \_\_\_Constipación

 \_\_\_Heces estrechas

 \_\_\_Heces con sangre

 \_\_\_Accidentes relacionados con las heces

 \_\_\_Función sexual

**22. ¿Qué medicamentos está tomando actualmente? Incluya todos los medicamentos de venta sin receta que toma.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**23. Enumere todas las alergias a medicamentos y describa el tipo de reacción (erupción, falta de aire, náuseas, anafilaxia, etc.).**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**24. Haga una lista de TODAS las enfermedades actuales y anteriores, las cirugías y los estudios anormales.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Antecedentes sociales**

**25. Mi estado civil**

\_\_\_Soltero

 \_\_\_Casado

 \_\_\_Divorciado

 \_\_\_Viudo

**26. Mi condición laboral**

\_\_\_Desempleado

 \_\_\_Empleado

 \_\_\_Jubilado

 \_\_\_Discapacitado

**27. Tengo \_\_\_ hijos vivos**

**28. En mi hogar viven \_\_\_ personas**

**29. ¿Consume alcohol?**

\_\_Nunca \_\_Con poca frecuencia \_\_Semanalmente \_\_Diariamente

**30. ¿Fuma?**

\_\_Sí \_\_No \_\_Ex fumador desde hace\_\_ años

**31. Más alto nivel educativo alcanzado:**

 \_\_Ciclo básico \_\_Escuela secundaria

 \_\_Universidad \_\_Educación técnica

 \_\_Máster \_\_Posgrado

**32. Indique si tiene antecedentes de abuso de drogas o de alcohol.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Revisión de sistemas**

Marque todas las opciones que correspondan:

\_\_Anteojos para leer \_\_Cataratas

\_\_Sinusitis \_\_Prótesis dentales

\_\_Pérdida de audición \_\_Dolor de pecho

\_\_Dificultad para tragar \_\_Inflamación de tobillo

\_\_Falta de aire \_\_Mareos

\_\_Acidez/Reflujo \_\_Heces oscuras

\_\_Heces con sangre \_\_Constipación

\_\_Cambio en el tamaño de las heces \_\_Dolor abdominal

\_\_Micción frecuente \_\_Incapacidad de retener la orina

\_\_Infección urinaria/Dolor urinario \_\_Demora en la micción

\_\_Dolor/Crepitación articular \_\_Cirugía articular

\_\_Verrugas anormales \_\_Erupciones frecuentes

\_\_Pérdida de sensibilidad \_\_Síncopes

\_\_Debilidad muscular \_\_Cambios en la visión

\_\_Ansiedad \_\_Ataques de depresión

\_\_Insomnio \_\_Pérdida de energía

\_\_VIH/SIDA \_\_Antecedentes de drogas intravenosas

\_\_Hepatitis \_\_Reacciones alérgicas

***A mi leal saber y entender, las preguntas incluidas en este formularios han sido respondidas correctamente. Comprendo que las respuestas incorrectas pueden ser perjudiciales para mi salud. Es mi responsabilidad informar al consultorio del médico sobre cualquier cambio en mi estado de salud. Autorizo al personal de atención médica a prestar los servicios necesarios que pueda solicitar.***

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma del paciente Fecha**