

Nuevo cuestionario para pacientes de columna vertebral

Nombre: _____ Dirección del Dr. Primaria: _____
 Años: _____ Dominio de la mano: D I _____
 El día de hoy: _____ Número de teléfono: _____
 Masculino Hembra ¿Embarazado? Sí No Médico de referencia: _____
 Altura: _____ Peso: _____ Dirección del Dr.: _____
 Doctor principal: _____ Número de teléfono: _____

Principal queja: _____

Fecha de herida: _____ Tiempo de lesión: _____ Lesionado en: _____ Condado de: _____

Comenzó tu dolor: gradualmente repentinamente
 Son sus síntomas ahora: peor mejor ningún cambio
 Grado de dolor actual: ninguno templado moderar grave
 ¿Con qué frecuencia experimenta el dolor? constante intermitente
 ¿Cuál es su escala de dolor (la escala de 1-10; 10 es el peor dolor)? _____
 Describe tu dolor dolor ardiente agudo puñalada entumecimiento
 Estremecimiento _____

¿Cuál es su relación entre el dolor de espalda y el dolor en la pierna (es decir, 100% espalda / 0% pierna)?
 100/0 90/10 80/20 70/30 60/40 50/50 40/60 30/70 20/80 10/90 0/100

¿Cuál es su relación entre el dolor de cuello y el dolor de brazo (es decir, 100% de cuello / 0% de brazo)?
 100/0 90/10 80/20 70/30 60/40 50/50 40/60 30/70 20/80 10/90 0/100

¿Dónde está ubicado tu dolor? (Marque todo lo que corresponda y haga un círculo alrededor
 cuello cuello y brazo (s) D o I brazo(s) D o I
 espalda espalda y brazo (s) D o I pierna(s) D o I

¿Qué agrava tu dolor? (de pie, sentado, etc.) _____

¿Qué alivia tu dolor? (acostado, sentado, etc.) _____

¿Tienes entumecimiento? ¿Si es así, donde? _____

¿Tienes debilidad? ¿Si es así, donde? _____

¿Tienes dolor nocturno? _____ ¿Te despierta del sueño? _____

¿Tiene problemas intestinales o vesicales? incontinencia estreñimiento vacilación

¿Hay algún síntoma asociado (es decir, náuseas, pérdida del equilibrio, etc.)? _____

¿Qué tratamientos han mejorado tu dolor? _____

¿Qué tratamientos han empeorado tu dolor? _____

¿Has estado en un programa de terapia física? sí no ¿Te ayudó? sí no

¿Cuándo / dónde / con qué frecuencia fuiste? _____

¿Estas trabajando? no sí ¿que tipo de trabajo? _____
 deber complete deber modificado: _____

¿Fecha de última obra? _____ ¿Eres capaz de realizar tus tareas habituales? sí no

Nueva historia clínica y quirúrgica del paciente de columna vertebral

Historia médica pasada

Marque todos los elementos que correspondan y describa a continuación si es necesario. De lo contrario, marque "N/A".			N/A
<input type="checkbox"/> Problemas de anestesia:	Describir:		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Problemas del corazón:	<input type="checkbox"/> Ataque al corazón	<input type="checkbox"/> Insuficiencia cardiaca	<input type="checkbox"/> Carrera
<input type="checkbox"/> Problemas de circulación:	<input type="checkbox"/> Alta presión sanguínea	<input type="checkbox"/> Mala circulación	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Problemas pulmonares:	<input type="checkbox"/> Enfisema	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar
<input type="checkbox"/> Diabetes:	<input type="checkbox"/> Fecha de diagnóstico:	Controlado con:	<input type="checkbox"/> Insulina
<input type="checkbox"/> Neuropatía:	<input type="checkbox"/> Pérdida de sentimiento:	<input type="checkbox"/> Manos	<input type="checkbox"/> Los pies
<input type="checkbox"/> Problemas endocrinos:	<input type="checkbox"/> Tiroides	<input type="checkbox"/> Suprarrenal	<input type="checkbox"/> Pituitaria
<input type="checkbox"/> Problemas de sangre:	<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Desorden sangrante	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Coágulos de sangre:	<input type="checkbox"/> Coágulo de sangre en la pierna	<input type="checkbox"/> Coágulo de sangre en el pulmón	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Cáncer:	Tipo (s):		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Problemas estomacales:	<input type="checkbox"/> Úlceras	<input type="checkbox"/> Hernia hiatal	<input type="checkbox"/> Reflujo gástrico
<input type="checkbox"/> Problemas de riñón:	<input type="checkbox"/> Insuficiencia renal	<input type="checkbox"/> Cálculos renales	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Problemas de hígado:	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Cirrosis	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Enfermedad mental:	<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> Alcoholismo
<input type="checkbox"/> Problemas óseos / articulares:	<input type="checkbox"/> Fracturas	<input type="checkbox"/> Osteoartritis	<input type="checkbox"/> Osteoporosis
<input type="checkbox"/> Problemas inmunes:	<input type="checkbox"/> SIDA	<input type="checkbox"/> El VIH	<input type="checkbox"/> Otro
<input type="checkbox"/> Descripciones / Otros:			

Historia quirúrgica pasada ninguna otra cirugía Usa el reverso de la página si necesitas más espacio.

Tipo de cirugía	Fecha	Cirujano / Hospital

Medicamentos (incluyen vitaminas y hierbas) sin medicamentos Usa el reverso de la página si necesitas más espacio.

Medicación / Fuerza	Dosificación	Razón	Medicación / Fuerza	Dosificación	Razón

Nueva historia clínica y quirúrgica del paciente de columna vertebral

Alergias

sin alergias

Usa el reverso de la página si necesitas más espacio.

Alergia	Reaccion (es)	Alergia	Reaccion (es)

Historia familiar (marque todo lo que corresponda)

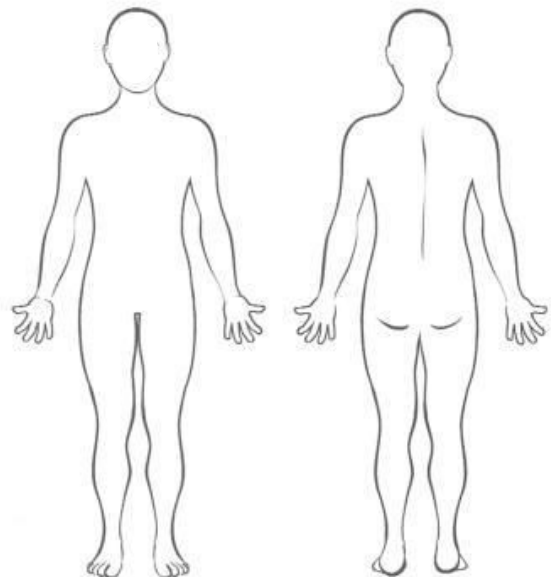
ninguno aplica

- | | | | | |
|--------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> corazón | <input type="checkbox"/> pulmonares | <input type="checkbox"/> riñon | <input type="checkbox"/> carrera | <input type="checkbox"/> artritis |
| <input type="checkbox"/> sangría | <input type="checkbox"/> alcoholismo | <input type="checkbox"/> convulsiones | <input type="checkbox"/> espina | <input type="checkbox"/> cáncer |
| <input type="checkbox"/> mental | <input type="checkbox"/> hipertensión | <input type="checkbox"/> diabetes | <input type="checkbox"/> gota | |
| <input type="checkbox"/> otro: _____ | | | | |

Historia social (marque todo lo que corresponda)

Ocupación:				
Situación laboral:	<input type="checkbox"/> Empleado	<input type="checkbox"/> Retirado	<input type="checkbox"/> Desempleados	<input type="checkbox"/> Baja por incapacidad
Estado civil:	<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Cohabitar	<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Viudo
Con quien vives:	<input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Cónyuge / Sig. Otro	<input type="checkbox"/> Niños	<input type="checkbox"/> Compañera de cuarto
El consumo de tabaco:	<input type="checkbox"/> Nunca Paquetes por día ____	<input type="checkbox"/> Cigarrillos Por ____ años (total)	<input type="checkbox"/> Cigarro	<input type="checkbox"/> Tubo <input type="checkbox"/> Masticar <input type="checkbox"/> Salir hace ____ años
Uso de alcohol:	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Alcohólico	<input type="checkbox"/> Raro <input type="checkbox"/> Recuperando Alcohólicos	<input type="checkbox"/> Social	<input type="checkbox"/> Frecuente (más de 2 veces por semana)
El consumo de drogas:	<input type="checkbox"/> Nunca Tipos de drogas:	<input type="checkbox"/> En el pasado	<input type="checkbox"/> Actualmente	<input type="checkbox"/> En tratamiento

Marque las áreas de su cuerpo donde tenga síntomas.
Use el símbolo "XXXX". Solo para completar la imagen, dibuje su cara.



Nueva historia clínica y quirúrgica del paciente de columna vertebral

Revisión de sistemas

Marque todos los elementos que correspondan y describa a continuación si es necesario. De lo contrario, marque "N/A".					N/A
<input type="checkbox"/> Constitucional:	<input type="checkbox"/> Pérdida de peso	<input type="checkbox"/> Aumento de peso	<input type="checkbox"/> Fiebre	<input type="checkbox"/> Resfriado	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Los ojos:	<input type="checkbox"/> Gafas de lectura	<input type="checkbox"/> Cambio de vision			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Oreas:	<input type="checkbox"/> Pérdida de la audición	<input type="checkbox"/> Dolor de oído	<input type="checkbox"/> Vértigo (mareo)		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Nariz / Boca / Garganta	<input type="checkbox"/> Hemorragias nasales	<input type="checkbox"/> Ronquera	<input type="checkbox"/> Sangrado de las encías	<input type="checkbox"/> Problemas de dientes / encías	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Livianos:	<input type="checkbox"/> Tos	<input type="checkbox"/> Falta de aliento	<input type="checkbox"/> Sibilancias	<input type="checkbox"/> Ronquidos	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Estómago:	<input type="checkbox"/> Náusea	<input type="checkbox"/> Úlceras	<input type="checkbox"/> Vómito	<input type="checkbox"/> Dolor de estómago	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Intestinos:	<input type="checkbox"/> Diarrea	<input type="checkbox"/> Estreñimiento	<input type="checkbox"/> Heces con sangre	<input type="checkbox"/> Heces negras	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Tracto urinario:	<input type="checkbox"/> Dificultad para comenzar a orinar		<input type="checkbox"/> Micción frecuente o ardiente		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Corazón:	<input type="checkbox"/> Dolor de pecho	<input type="checkbox"/> Palpitaciones	<input type="checkbox"/> Latido anormal del corazón	<input type="checkbox"/> Tobillos hinchados	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Musculoesquelético:	<input type="checkbox"/> Dolor muscular <input type="checkbox"/> Dolor en las articulaciones	<input type="checkbox"/> Hinchazón	<input type="checkbox"/> Inestabilidad	<input type="checkbox"/> Rigidez	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Piel:	<input type="checkbox"/> Erupciones <input type="checkbox"/> Curación pobre	<input type="checkbox"/> Comezón	<input type="checkbox"/> Cambios en la piel	<input type="checkbox"/> Rojez	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Neuropatía:	<input type="checkbox"/> Pérdida de sentimiento en:	<input type="checkbox"/> Manos	<input type="checkbox"/> Los pies	<input type="checkbox"/> Entumecimiento	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Neurologico:	<input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Mareo	<input type="checkbox"/> Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/> Pérdida de memoria	<input type="checkbox"/> Marcha incómoda	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Psicológico:	<input type="checkbox"/> Alteración del sueño	<input type="checkbox"/> Alucinaciones	<input type="checkbox"/> Ansiedad frecuente	<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sangre:	<input type="checkbox"/> Sangrado / moretones	<input type="checkbox"/> Ganglios linfáticos inflamados	<input type="checkbox"/> Coágulos de sangre	<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Alergias no farmacológicas:	<input type="checkbox"/> Los alimentos	<input type="checkbox"/> Estacional	<input type="checkbox"/> Otro:		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Descripción / Otop:					