



CUESTIONARIO DE COLUMNA VERTEBRAL PARA NUEVOS PACIENTES

Nombre: _____
AZ Spine Care #: _____
Estatura: _____ Peso: _____

Fecha de hoy: _____
Fecha de Nacimiento: _____
Su edad hoy día: _____

Dibujo del dolor

Dibuje en el área afectada usando cada símbolo (=, ^, O, /, X +) que describa su dolor.

Entumecido =====

Adolorido ^ ^ ^ ^ ^ ^

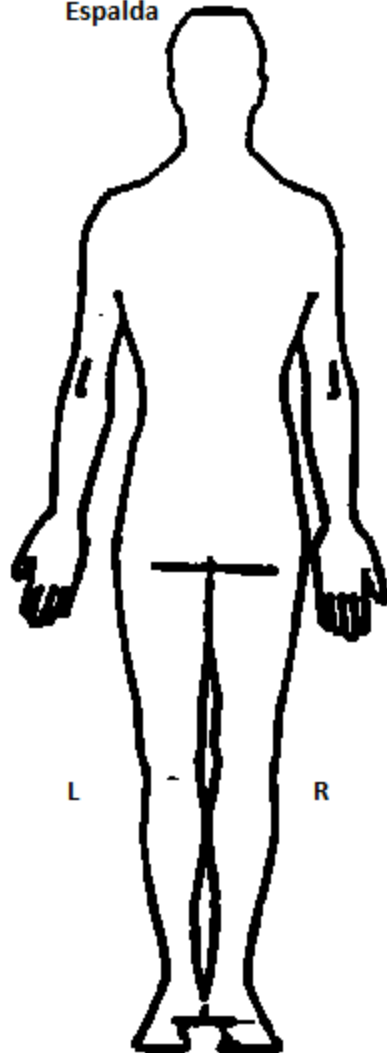
Hormigueo O O O O O O

Punzante // // // // // //

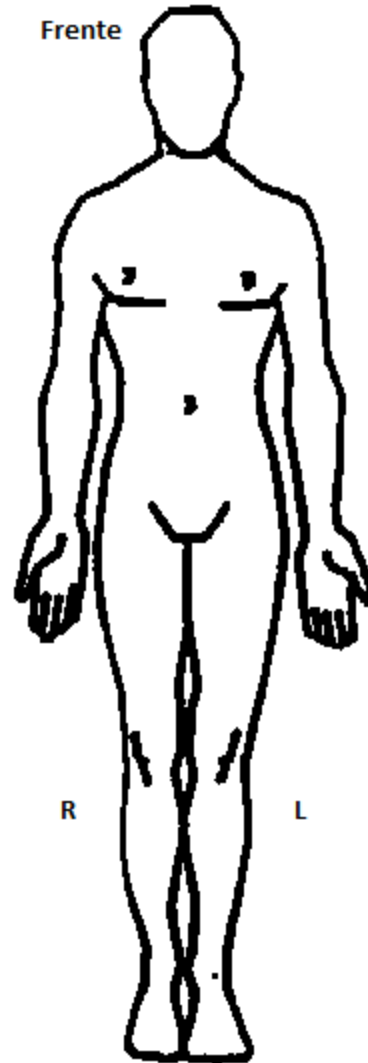
Ardor X X X X X X

Calambres + + + + + +

Espalda



Frente



2. ¿Su sexo?

- ____ 1. Masculino
- ____ 2. Femenino

3. ¿Quien lo refirió a Arizona Spine Care?

- | | |
|-----------------------|----------------------------|
| ____ Doctor Primario | Nombre: _____ |
| ____ Terapeuta físico | Domicilio: _____ |
| ____ Paciente | |
| ____ Otro | Teléfono: _____ Fax: _____ |

Si un doctor lo refirió Arizona Spine Care, por favor firme abajo si usted autoriza el que se comparta este y los reportes subsecuentes al médico indicado arriba.

Autorizo / Firma:

Marque aquí si NO autoriza el compartir su expediente

4. ¿Qué le duele más, sus piernas o su espalda? (Marque sólo una respuesta)

- | | |
|--|------------------------|
| ____ 1. Las piernas me duelen más que la espalda | |
| ____ 2. Las piernas y la espalda me duelen igual | ____ %dolor de espalda |
| ____ 3. La espalda me duele más que las piernas | ____ %dolor de piernas |

(El porcentaje total de su dolor de espalda y piernas debe igualar a 100%)

5. ¿Qué le duele más su cuello o sus brazos? (Marque sólo una respuesta)

- | | |
|--|------------------------|
| ____ 1. Los brazos me duelen un poco más | |
| ____ 2. El cuello me duele más que los brazos | ____ % dolor de cuello |
| ____ 3. El cuello y los brazos me duelen igual | ____ %dolor de brazos |

(El porcentaje total de su dolor de espalda y piernas debe igualar a 100%)

6A. Por favor circule el un número que mejor describa su nivel del dolor actualmente.

“0” siendo nada de dolor “10” es el peor dolor que pueda imaginarse

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6B. Severidad del dolor: Mínimo/ un poco / moderado/ Demasiado

6C. Duración del dolor: Ocasional / Intermitente/ Seguido/ Constante

7. ¿Cómo fue que empezó este episodio?

- ____ 1. Repentino
- ____ 2. Gradualmente

Describe:

8. ¿Hace cuánto tiempo comenzo su dolor? De la fecha: _____
- | | |
|--|------------------------------------|
| ____ 1. Menos de 2 semanas | ____ 4. 3 meses a menos de 6 meses |
| ____ 2. 2 semanas a menos de 8 semanas | ____ 5. 6 a 12 meses |
| ____ 3. 8 semanas a menos de 3 meses | ____ 6. Más de 12 meses |

9. ¿Está relacionada esta lesión a su trabajo?

____ Sí ____ No

Describe como sucedio: _____

Fecha de la lesión: _____

10. ¿Le ha tratado un terapeuta físico para esta lesión? Sí _____ No _____
13. ¿Se le ha puesto una inyección antes para este episodio? Sí _____ No _____
14. ¿Ha tenido cirugía de su espalda o del cuello?

____ Sí ____ No Si ha respondido sí: ¿Cuántas cirugías? _____

15.

Fecha de su cirugía de la columna	Tipo de cirugía	% de Mejoría	Cuanto tiempo duro la mejoría
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

16 Por favor anote todos los medicamentos y dosis que está tomando **actualmente:** Ninguno _____

Medicamento	Dosis	Frecuencia
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Nombre de su farmacia y locacion: _____

17. ¿Tiene alguna **Alergia** a algún medicamento?: Por favor marque: Sí _____ No _____

Medicamento: _____	Reacción: _____
Medicamento: _____	Reacción: _____
Medicamento: _____	Reacción: _____

Historial Médico:

18. Por favor marque los problemas médicos que ha tenido: Ninguno: _____

- | | | |
|--|--|---------------------------------------|
| ____ 1. Ulceras | ____ 8. Problema de la próstata | ____ 15. Infecciones del riñón/vejiga |
| ____ 2. Colitis Ulcerativa | ____ 9. Hepatitis | ____ 16. Cálculos renales |
| ____ 3. Soriasis | ____ 10. Diabetes | ____ 17. Otro |
| ____ 4. Artritis (no relacionada a la columna) | ____ 11. Asma | ____ 18. Convulsiones |
| ____ 5. Tuberculosis | ____ 12. Embolia cerebral | ____ 19. Alta Presión |
| ____ 6. Cáncer | ____ 13. Depresión | |
| ____ 7. Positivo al VIH | ____ 14. Enfermedad cardíaca /Ataques al Corazón | |

19. A estado hospitalizado en los últimos cinco años? _____

20. Enumere todas las cirugías anteriores **no relacionadas a su columna:** Ninguna: _____

Fecha de cirugía	Tipo de cirugía	Describa su recuperación
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Historial familiar

21. Por favor **marque** Si algún miembro de su familia tiene alguna de las siguientes condiciones:

- ____ Cáncer ____ Diabetes ____ Enfermedad cardiaca ____ Embolia
- ____ Artritis ____ Dolor de espalda ____ Tendencia a sangrado ____ dificultades de anestesia
- ____ Hipertermia maligna

Su vida Social

22. ¿Fuma cigarrillos **actualmente**?

(Marque sólo una respuesta)

- ____ 1. Nunca he fumado
- ____ 2. Sí: _____ cajetillas al día
- ____ 3. No, deje de fumar en los últimos 6 meses
- ____ 4. No, deje de fumar hace más de 6 meses

23. ¿Utiliza bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licor)?

(Marque sólo una respuesta)

- ____ 1. No Si ha respondido Sí, el tipo de bebida alcohólica: _____
- ____ 2. Sí, de vez en cuando Cantidad _____
- ____ 3. Sí, seguido

24. A usado de drogas?

- ____ 1. No Si ha respondido Sí, que tipo de drogas: _____
- ____ 2. Sí, de vez en cuando Cantidad _____
- ____ 3. Sí, seguido

25. Esta trabajando actualmente? ____ **Si** ____ **No** ____ **Retirado**

Cuales su ocupación?: _____

Fecha de la última vez que trabajo: _____

26. Repaso de sistemas

Por favor **MARQUE "X"** enseguida de sus síntomas **actuales**:

- | | | |
|--|--|---|
| 1. Piel:
<input type="checkbox"/> erupciones
<input type="checkbox"/> soriasis
<input type="checkbox"/> fácilmente se moretea
<input type="checkbox"/> bultos/ bolitas anormales
<input type="checkbox"/> pechos adoloridos | 6. Respiratorio:
<input type="checkbox"/> Falta de respiración
<input type="checkbox"/> sibilancia
<input type="checkbox"/> tos / producción de la flema | 10. Cardiovascular:
<input type="checkbox"/> palpitaciones /frecuencia irregular del corazón
<input type="checkbox"/> dolor de pecho
<input type="checkbox"/> soplo de corazón /fiebre reumática |
| 2. Ojos:
<input type="checkbox"/> pérdida de la vista
<input type="checkbox"/> doble visión | 7. Gastrointestinal:
<input type="checkbox"/> pérdida de peso
<input type="checkbox"/> dolor abdominal
<input type="checkbox"/> náusea/vómito
<input type="checkbox"/> diarrea o estreñimiento
<input type="checkbox"/> sangre en el excremento
<input type="checkbox"/> pérdida del control de evacuaciones | 11. Neurológico:
<input type="checkbox"/> dolor de cabeza/migraña
<input type="checkbox"/> Mareo
<input type="checkbox"/> convulsiones/Ataques convulsivos |
| 3. Oídos:
<input type="checkbox"/> disminución de la audición
<input type="checkbox"/> zumbido en los oídos | 8. Músculo-esquelético:
<input type="checkbox"/> fracturas/esguinces
<input type="checkbox"/> osteoporosis
<input type="checkbox"/> hinchazón de las coyunturas | |
| 4. Nariz:
<input type="checkbox"/> Problemas sinusales
<input type="checkbox"/> problemas respiratorios | 9. Genitourinario:
<input type="checkbox"/> Sangre en la orina
<input type="checkbox"/> frecuencia de la orina
<input type="checkbox"/> dolor al orinar
<input type="checkbox"/> pérdida de la orina
<input type="checkbox"/> cálculos renales | |
| 5. Garganta:
<input type="checkbox"/> dolor de garganta
<input type="checkbox"/> voz ronca
<input type="checkbox"/> ronca al dormir | | |

Por favor tome un momento y repase todo el cuestionario para asegurarse que todas las preguntas han sido contestadas completamente