

Cuestionario Para Pacientes Nuevos De Columna (updated 31 July 2023)

cuarto #

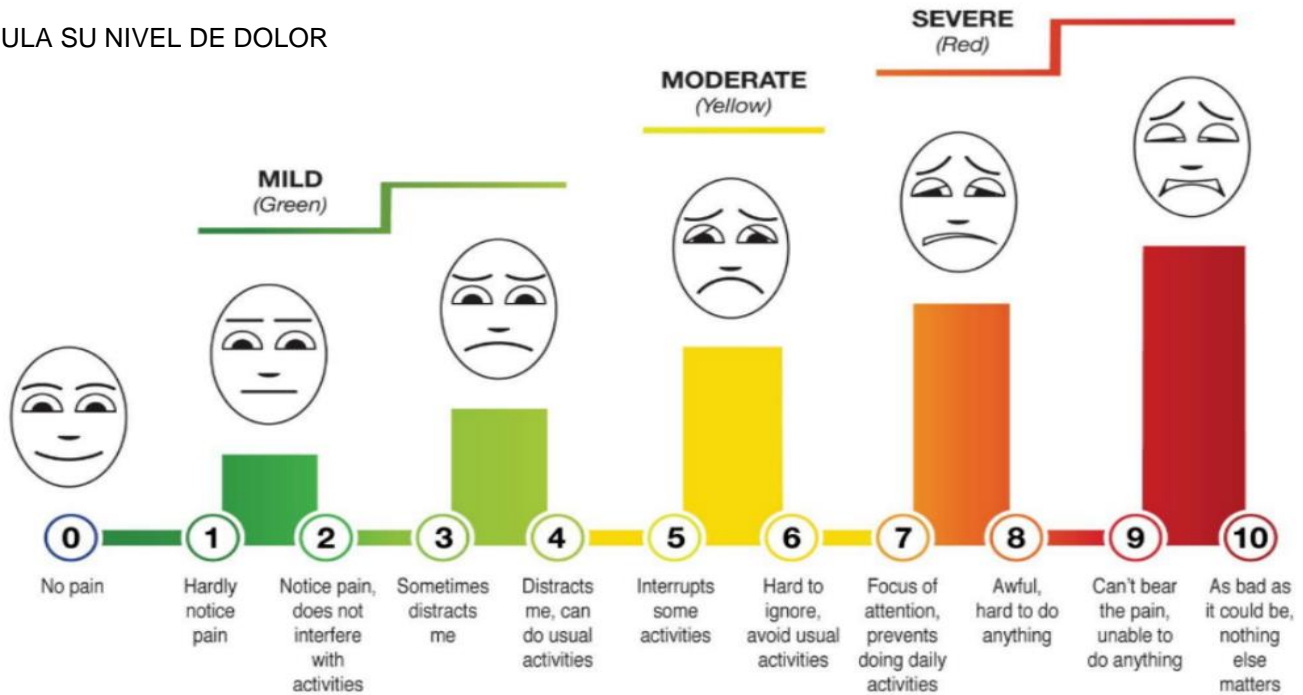
Por favor, completa este formulario lo mejor que puedas antes de que el Dr. Cleveland te atienda.

Nombre _____ Edad _____ Ocupacion _____

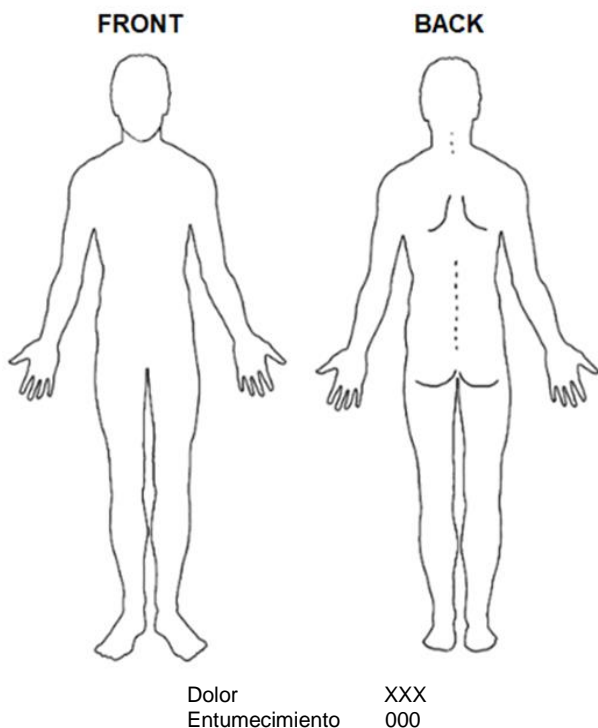
¿Razon de su visita? _____

¿Se ha hecho un MRI? NO SI ¿en donde / cuando? _____

CIRCULA SU NIVEL DE DOLOR



DIBUJAR SUS SINTOMAS EN EL DIAGRAMA



Enumera las cualidades de tus síntomas

- | | | |
|-----------|------------|----------------|
| Doloroso | rechinante | enganchado |
| bloqueo | pulsante | quemante |
| punzante | disparador | adormecimiento |
| hormigueo | fatiga | debilidad |

¿Los síntomas están afectando?

- calidad de vida
- actividades de la vida diaria
- habilidad para trabajar
- habilidad para hacer ejercicio
- sueño
- habilidad para mantenerse erguido/a
- habilidad para caminar normalmente
- relaciones sociales
- función de las manos: tareas de motricidad fina
- función de las manos: agarrar o pellizcar
- función de las manos: escritura y uso de utensilios

POR FAVOR, COMPLETA AMBOS LADOS → → →

Tiempo de los síntomas: 2 meses o menos 2-6 meses más de 6 meses

¿Tuviste una lesión específica? NO SÍ _____

¿Usas algún dispositivo de asistencia? NO bastón andador silla de ruedas otro

¿Has tenido terapia física para la ESPALDA en el último año? NO SÍ _____

¿Has recibido inyecciones o procedimientos para el dolor en la ESPALDA anteriormente?

NO SÍ _____

Medicamentos para los síntomas: NINGUNO Tylenol ibuprofeno otros AINE / antiinflamatorios
relajantes musculares gabapentina pregabalina / Lyrica tramadol
Tylenol #3/4 (codeína) hydrocodona / Norco oxycodona / Percocet OxyContin (acción prolongada)
CBD / THC / marihuana otro _____

¿Cirugía de ESPALDA previa? NO SÍ _____

¿Cirugía ABDOMINAL previa? NO hernia cesárea histerectomía laparotomía (abdomen abierto)

Other _____

¿Radioterapia previa? NO SÍ _____

¿Infección quirúrgica previa o MRSA? NO SÍ _____

¿Estás de acuerdo con recibir productos sanguíneos? SÍ NO → ¿Por qué no? _____

OTROS PROBLEMAS MÉDICOS?

Osteoporosis	Diabetes	Anticoagulantes Coágulos de sangre	Coágulos de sangre, TVP, PE	Supresores del sistema inmunológico
Ansiedad	Depresión	Hipertensión	Enfermedad cardíaca	Accidente cerebrovascular
Enfermedad vascular	EPOC o enfisema	Enfermedades autoinmunitarias	Infección urinaria	Enfermedad intestinal o hepática
Enfermedad renal	Anemia	Apnea del sueño	Enfermedad neurológica	Otros

Otros _____

¿OTRAS cirugías? NO SÍ _____

¿Alergias? NO SÍ _____

¿Consumo de alcohol? NO menos de una vez al mes mensualmente semanalmente diariamente

¿Tabaco o nicotina? NO SÍ → ¿cuánto / con qué frecuencia? _____

¿Cuál es tu situación de vivienda? _____

¿Con quién vives? _____