

DATOS PERSONALES

Nombre: _____

Fecha de consulta: _____

Edad: _____ años. Fecha de nacimiento: _____ Sexo: ☐ M ☐ F

Altura: _____ Peso: _____

Situación ☐ soltero/a ☐ casado/a ☐ viudo/a ☐ divorciado/a

☐ unión libre ☐ separado/a

Religión: _____ Nacionalidad: _____

¿Cuenta con seguro médico? _____ ¿Cuál? _____

DIRECCIÓN

Calle y No.: _____

Colonia: _____ C.P.: _____

Ciudad: _____ País: _____

Tel. casa: _____ Tel oficina: _____

Celular: _____ Nextel/pin _____

e-mail: _____

Referido por: _____

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

¿Fuma? SI ____ ¿Qué año empezó a fumar? _____

¿Cuántos cigarros al día fuma? _____

NO ____ Si dejó de fumar, ¿hace cuanto tiempo? _____

¿Toma alcohol?: SI ____ ¿Desde que año? _____

¿Cuántas copas o vasos toma a la semana? _____

NO ____ Si dejó de tomar, ¿hace cuanto tiempo? _____

¿Utiliza otras sustancias o drogas?

SI ____ Especifique: _____

NO ____

¿Qué estudió? _____ Ocupación: _____

¿Hace ejercicio?: SI ____ NO ____

¿Qué tipo?: _____

¿Desde hace cuanto tiempo lo practica? _____

¿Cuántas veces por semana? _____ ¿Cuántas horas al día? _____

Hobby: _____

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

¿Es alérgico a medicamentos o sustancias? SI _____ NO _____

Especifique: _____

¿Actualmente está tomando medicamentos? SI _____ NO _____

¿Cuáles y para que los toma?:

¿Padece de alguna de las siguientes enfermedades?

Diabetes Mellitus	_____	Presión alta	_____
Problemas del corazón	_____	Problemas renales	_____
Problemas del hígado	_____	Gastritis	_____
Ansiedad	_____	Parkinson	_____
Depresión	_____	Estrés	_____
Osteoporosis	_____	Otros	_____

Especifique: _____

¿Ha tenido un accidente grave que haya requerido hospitalización? SI ____ NO ____

Especifique: _____

¿Lo han operado de algo no relacionado con la columna? SI _____ NO _____

Especifique: _____

PADECIMIENTO ACTUAL

¿Cuál es el problema por el cual nos visita?

¿Qué fecha inició su problema? _____

¿Su problema lo asocia a alguno de los siguientes escenarios?:

Caída	_____	Accidente de coche/moto	_____
Levantar un objeto	_____	Deporte	_____
Lesión en el trabajo	_____	Sin causa aparente	_____

Otro/especifique _____

¿Cómo es su dolor?

Ardor___ Punzante___ Toque eléctrico___ Otro___

El dolor ha mejorado___ empeorado___ o sigue igual___ que en un inicio.

¿Cómo es la frecuencia de su dolor?

Todo el tiempo___ Intermitente___ Asociado a una actividad o movimiento___

Especifique_____

¿El dolor es más intenso durante el día___, noche___ o sin horario___?

¿El dolor lo despierta en la noche? Si___ No___

¿Siente las piernas con hormigueo o dormidas? Si___ No___

¿Ha perdido fuerza en sus piernas? Si___ No___

¿Tiene problemas para orinar o evacuar (incontinencia)? Si___ No___

Especifique_____

¿Puede realizar sus actividades de la vida diaria? Si___ No___

¿Ha tenido fiebre o escalofríos? Si___ No___

¿Ha perdido peso en los últimos 6 meses? Si___ No___

¿Qué medicamentos ha tomado para su problema de columna?_____

¿Le han ayudado a controlar su dolor?

NO___ SI___ ¿Cuáles?_____

¿Ha recibido alguno de los siguientes tratamientos para su columna?:

Ejercicios en casa___ ¿Por cuanto tiempo?_____ Mejoró? Si___ No___

Terapia Física___ ¿Por cuanto tiempo?_____ Mejoró? Si___ No___

Infiltración/bloqueo___ ¿Por cuanto tiempo?_____ Mejoró? Si___ No___

Acupuntura___ ¿Por cuanto tiempo?_____ Mejoró? Si___ No___

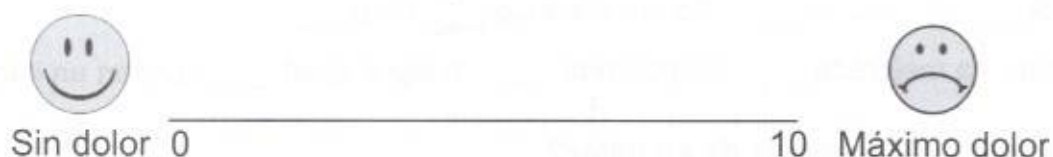
Quiropráctico___ ¿Por cuanto tiempo?_____ Mejoró? Si___ No___

Cirugía___ Mejoró? Si___ No___

Si lo han operado de la columna, ¿que fecha y de que lo operaron?

Por favor marque con una línea el nivel que corresponda a la intensidad de su dolor:

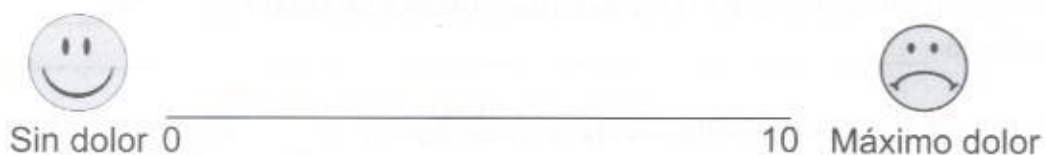
Dolor de espalda baja



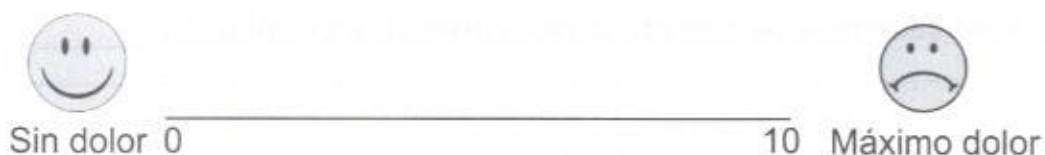
Dolor de espalda alta o cuello



Dolor de pierna derecha



Dolor de pierna izquierda



Dolor de brazo derecho



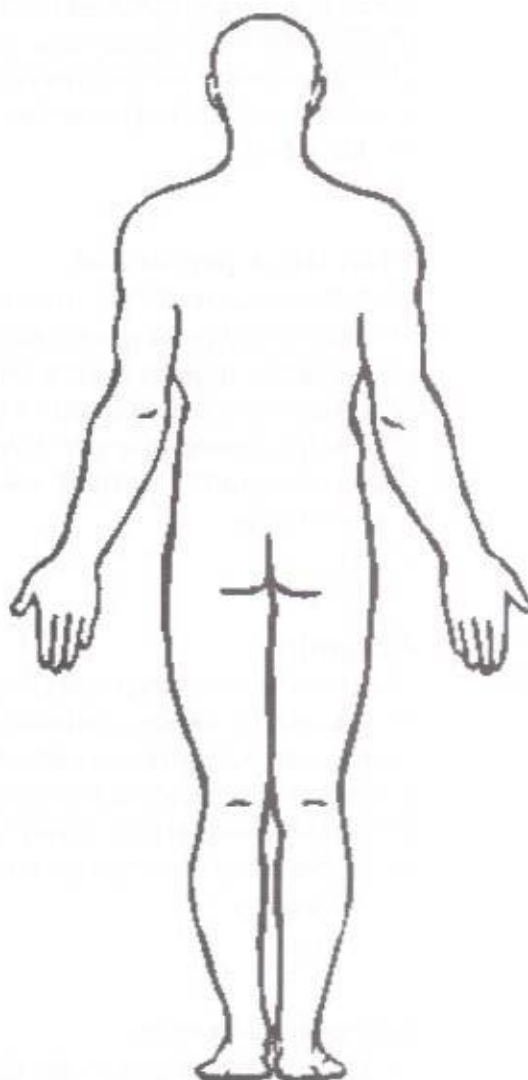
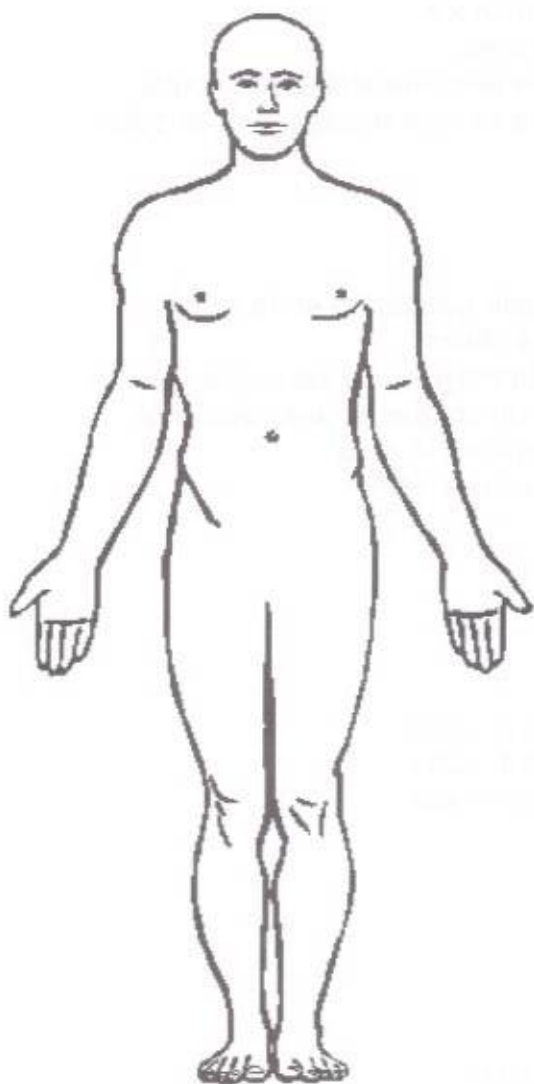
Dolor de brazo izquierdo



Marque con ++++ donde tiene dolor.

Marque con ----- donde tiene ardor.

Marque con ///// donde tiene hormigueo.



Por favor marque con una cruz la frase que se parezca más a su situación:

1.Intensidad del dolor:

- (5) Los calmantes no me alivian el dolor y no los tomo
- (4) Los calmantes apenas me alivian el dolor
- (3) Los calmantes me alivian un poco el dolor
- (2) Los calmantes me alivian completamente el dolor
- (1) El dolor es fuerte pero me arreglo sin tomar calmantes
- (0) Puedo soportar el dolor sin necesidad de tomar calmantes
- (--) No aplica

2.Estar de pie:

- (5) El dolor me impide estar de pie
- (4) El dolor me impide estar de pie más de 10 minutos
- (3) El dolor me impide estar de pie más de media hora
- (2) El dolor me impide estar de pie más de una hora
- (1) Puedo estar de pie tanto tiempo como quiera pero me aumenta el dolor
- (0) Puedo estar de pie tanto tiempo como quiera sin que me aumente el dolor
- (--) No aplica

3.Cuidados personales:

- (5) No puedo vestirme, me cuesta lavarme y suelo quedarme en la cama
- (4) Necesito ayuda para hacer la mayoría de las cosas
- (3) Necesito alguna ayuda pero consigo hacer la mayoría de las cosas yo solo
- (2) Lavarme, vestirme, etc, me produce dolor y tengo que hacerlo despacio
- (1) Me las puedo arreglar solo pero esto me aumenta el dolor
- (0) Me las puedo arreglar solo sin que me aumente el dolor
- (--) No aplica

4.Dormir:

- (5) El dolor me impide totalmente dormir
- (4) Incluso tomando pastillas duermo menos de 2 horas
- (3) Incluso tomando pastillas duermo menos de 4 horas
- (2) Incluso tomando pastillas duermo menos de 6 horas
- (1) Sólo puedo dormir si tomo pastillas
- (0) El dolor no me impide dormir bien
- (--) No aplica

5.Actividad sexual:

- (5) El dolor me impide todo tipo de actividad sexual
- (4) Mi actividad sexual es casi nula a causa del dolor
- (3) Mi actividad sexual se ha visto muy limitada a causa del dolor
- (2) Mi actividad sexual es casi normal pero me aumenta mucho el dolor
- (1) Mi actividad sexual es normal pero me aumenta el dolor
- (0) Mi actividad sexual es normal y no me aumenta el dolor
- (--) No aplica

6. Levantar peso:

- (5) No puedo levantar ni elevar ningún objeto (pesado o ligero)
- (4) Sólo puedo levantar objetos muy ligeros
- (3) Sólo puedo levantar objetos ligeros y medianos si están en un sitio cómodo
- (2) El dolor me impide levantar objetos pesados del suelo, pero puedo hacerlo si están en un sitio cómodo (ej. en una mesa)
- (1) Puedo levantar objetos pesados pero me aumenta el dolor
- (0) Puedo levantar objetos pesados sin que me aumente el dolor
- (--) No aplica

7. Andar:

- (5) Permanezco en la cama casi todo el tiempo y tengo que ir a rastras al baño
- (4) Sólo puedo andar con bastón o muletas
- (3) El dolor me impide andar más de 250 metros
- (2) El dolor me impide andar más de 500 metros
- (1) El dolor me impide andar más de un kilómetro
- (0) El dolor no me impide andar
- (--) No aplica

8. Vida social:

- (5) No tengo vida social a causa del dolor
- (4) El dolor ha limitado mi vida social al hogar
- (3) El dolor ha limitado mi vida social y no salgo tan a menudo
- (2) El dolor solo impide mis actividades más enérgicas como bailar, deporte, etc.
- (1) Mi vida social es normal pero me aumenta el dolor
- (0) Mi vida social es normal y no me aumenta el dolor
- (--) No aplica

9. Estar sentado:

- (5) El dolor me impide estar sentado
- (4) El dolor me impide estar sentado más de 10 minutos
- (3) El dolor me impide estar sentado más de media hora
- (2) El dolor me impide estar sentado más de una hora
- (1) Puedo estar sentado en mi silla favorita todo el tiempo que quiera
- (0) Puedo estar sentado en cualquier tipo de silla todo el tiempo que quiera
- (--) No aplica

10. Viajar:

- (5) El dolor me impide viajar excepto para ir al médico o al hospital
- (4) El dolor me limita a viajes cortos y necesarios de menos de media hora
- (3) El dolor me limita a viajes de menos de una hora
- (2) El dolor es fuerte pero aguanto viajes de más de 2 horas
- (1) Puedo viajar a cualquier sitio, pero me aumenta el dolor
- (0) Puedo viajar a cualquier sitio sin que me aumente el dolor
- (--) No aplica

El siguiente cuestionario se refiere a las actividades que usted puede hacer en un día típico.

1. En general, usted diría que su salud es:

- (1) Excelente (2) Muy buena (3) Buena (4) Regular (5) Mala

2. Las siguientes frases se refieren a actividades que usted haría en un día típico.

¿Lo limita su salud para realizar las siguientes actividades? Si es así, ¿en que medida?

	Me limita mucho	Me limita un poco	No me limita
a. <u>Actividades moderadas</u> (mover una mesa, utilizar la aspiradora, jugar golf)	☐	☐	☐
b. Subir <u>varios</u> pisos por la escalera	☐	☐	☐

3. En las últimas 4 semanas, ¿ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades diarias regulares por causa de su salud física?

	Todo el tiempo	Casi todo el tiempo	Algunas veces	Muy poco tiempo	Nunca
Tiene que <u>disminuir el tiempo</u> en el que lo realiza	☐	☐	☐	☐	☐
Tiene que <u>modificarlo</u> para realizarlo	☐	☐	☐	☐	☐

4. En las últimas 4 semanas, ¿ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades diarias regulares por causa de cualquier problema emocional (depresión o ansiedad)?

	Todo el tiempo	Casi todo el tiempo	Algunas veces	Muy poco tiempo	Nunca
Tiene que <u>disminuir el tiempo</u> en el que lo realiza	☐	☐	☐	☐	☐
Tiene que <u>modificarlo</u> para realizarlo	☐	☐	☐	☐	☐

5. En las últimas 4 semanas, ¿cuanto afectó el dolor su trabajo normal (incluyendo trabajo en casa o fuera de ella)?

- (1) Nada (2) Un poco (3) De forma moderada (4) Bastante (5) Extremadamente

6. Las siguientes preguntas se refieren a cómo se siente y como van las cosas en las últimas 4 semanas. Para cada pregunta por favor de la respuesta que más se acerque a la manera de cómo se ha sentido. ¿Con que frecuencia en las últimas 4 semanas ...

Todo el tiempo	Casi todo el tiempo	Algunas veces	Muy poco tiempo	Nunca
----------------	---------------------	---------------	-----------------	-------

se sintió tranquilo?	☐	☐	☐	☐	☐
se sintió con mucha energía?	☐	☐	☐	☐	☐
se ha sentido desanimado o deprimido?	☐	☐	☐	☐	☐

7. En las últimas 4 semanas, ¿con que frecuencia su salud física o problemas emocionales han afectado su vida social (salir con amigos o familiares)?

- (1) Todo el tiempo (2) Casi todo el tiempo (3) Algunas veces
(4) Muy poco tiempo (5) Nunca

¿Este cuestionario ha sido fácil de llenar? Si___ No___

¿Le fue incómodo realizar el cuestionario? Si___ No___

¿Cómo calificaría el formulario del 0 al 10?___

Gracias por su cooperación

Firma