

Cuestionario de Ingreso – Nombre: _____ **Fecha de nacimiento:** ___/___/___

Fecha: _____

Dirección del paciente: _____ **Tel.:** _____ **Celular:** _____

NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA FARMACIA: _____

Médico de Atención Primaria: _____ **Correo electrónico:** _____

Usando los símbolos a continuación, marque el área de su cuerpo donde siente las sensaciones descritas.

Entumecimiento
000000 **Hormigueo**

XXX Ardor
!!!!!!! **Dolor punzante**

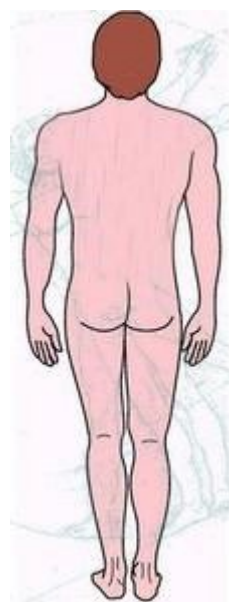
^^^^ **Otro dolor**
□□□ **Dolor persistente**

Derecha

Izquierda

Izquierda

Derecha



Por favor, coloque una marca (#) en la línea en el punto que corresponda a su dolor promedio de **ESPALDA/CUELLO** durante los últimos días.

Sin dolor Peor dolor posible: Dolor 0 ___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ 6 ___ 7 ___ 8 ___ 9 ___ 10

Por favor, coloque una marca (#) en la línea en el punto que corresponda a su dolor promedio de **PIERNA/BRAZO** durante los últimos días.

Sin dolor Peor dolor posible: Dolor 0 ___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ 6 ___ 7 ___ 8 ___ 9 ___ 10

Está experimentando: Entumecimiento Sí _____ No _____
Debilidad Sí _____ No _____

Se cansan o le duelen las piernas si camina demasiado? Sí _____ No _____

Qué distancia puede caminar? ___ menos de 1 cuadra ___ 1-3 cuerdas ___ más de 3 cuerdas

Cuándo comenzaron sus síntomas? Fecha ___/___/___

Ha tenido ataques similares en el pasado? _____

Cuál fue la causa de su dolor? _____

Cómo afecta cada uno de los siguientes factores su dolor? (marque su respuesta)

- . Sentado/a: ___ Mejor ___ Peor ___ Sin cambios ___ No lo sé
- . De pie: ___ Mejor ___ Peor ___ Sin cambios ___ No lo sé
- . Caminando: ___ Mejor ___ Peor ___ Sin cambios ___ No lo sé
- . Acostado/a: ___ Mejor ___ Peor ___ Sin cambios ___ No lo sé
- . Masaje: ___ Mejor ___ Peor ___ Sin cambios ___ No lo sé
- . Actividad física: ___ Mejor ___ Peor ___ Sin cambios ___ No lo sé
- . Calor/Frío: ___ Mejor ___ Peor ___ Sin cambios ___ No lo sé
- . Levantarse de Silla: ___ Mejor ___ Peor ___ Sin cambios ___ No lo sé

CUESTIONARIO DE INGRESO DEL PACIENTE 2 de 3

Nombre _____ **Fecha de nacimiento:** ___/___/___ **Fecha:** ___/___/___

SI SE HA REALIZADO ALGÚN ESTUDIO DIAGNÓSTICO, POR FAVOR TRAIGA LAS IMÁGENES E INFORMES:

	FECHA	LUGAR
Gammagrafía ósea (Huesos):	___/___/___	___/___/___
Tomografía (CT):	___/___/___	___/___/___
Mielograma (Imagen Espina Dorsal):	___/___/___	___/___/___
EMG (Examen de Musculos y Nervios):	___/___/___	___/___/___
Radiografías:	___/___/___	___/___/___
Análisis de sangre:	___/___/___	___/___/___
Discografía:	___/___/___	___/___/___
Resonancia magnética (MRI):	___/___/___	___/___/___

Qué tipo de tratamiento ha recibido en este episodio actual de dolor?

Fisioterapia: Sí No FECHAS Comienzo: _____ Fecha que Termino: _____
Quiropráctico: Sí No FECHAS Comienzo: _____ Fecha que Termino: _____
Reposo en cama: Sí No Medicamentos: Sí No Faja/soporte: Sí No
Inyecciones facetarias: Sí No Inyecciones epidurales: Sí No Acupuntura: Sí No
Otras inyecciones: Sí No Otros: _____

Cirugía de columna Sí No **Tipo:** _____

Si respondió sí, (Cuándo/Dónde/Por quién?)

Qué medicamentos (TODOS) está tomando actualmente (dosis), incluyendo analgésicos/antiinflamatorios, etc.?

Alergias/Reacciones a medicamentos?:

Ha tenido complicaciones previas con anestesia? No Sí

Ha tenido problemas de adicción a medicamentos recetados o no recetados? No Sí

Antecedentes MÉDICOS/QUIRÚRGICOS (por favor incluya cuándo/dónde/por quién):

Antecedentes médicos familiares:

Hace ejercicio regularmente?: Sí No

Qué actividades realiza?

Fortalecimiento: _____ Estiramientos: _____ Bicicleta: _____
Caminata: _____ Correr: _____ Otro: _____

CUESTIONARIO DE INGRESO DEL PACIENTE 3 de 3

Nombre _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Fecha: ____/____/____

Marque todos los síntomas/condiciones que tenga:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Problemas cardíacos | <input type="checkbox"/> Dolor abdomina | <input type="checkbox"/> Falta de aire |
| <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho | <input type="checkbox"/> Reflujo | <input type="checkbox"/> Tos |
| <input type="checkbox"/> Latidos irregulares | <input type="checkbox"/> Acidez | <input type="checkbox"/> Sibilancias |
| <input type="checkbox"/> Palpitaciones | <input type="checkbox"/> ERGE | <input type="checkbox"/> Sangrado de la Nariz |
| <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Diarrea | <input type="checkbox"/> Trastorno de la garganta |
| <input type="checkbox"/> Derrame cerebral | <input type="checkbox"/> Pérdida de apetito | <input type="checkbox"/> Problemas de tiroides |
| <input type="checkbox"/> Trastorno hemorrágico | <input type="checkbox"/> Estreñimiento | <input type="checkbox"/> Ganglios inflamados |
| <input type="checkbox"/> Moretones fáciles | <input type="checkbox"/> Cambio en hábitos intestinalis | <input type="checkbox"/> Dificultad para tragar |
| <input type="checkbox"/> Desmayos | <input type="checkbox"/> Cambio significativo de peso | <input type="checkbox"/> Llagas en la boca |
| <input type="checkbox"/> Mareo | <input type="checkbox"/> Pérdida de peso inexplicable | <input type="checkbox"/> Dolor de garganta |
| <input type="checkbox"/> Incontinencia | <input type="checkbox"/> Dolor en las articulaciones | <input type="checkbox"/> Ansiedad/trastornos |
| <input type="checkbox"/> Frecuencia urinaria | <input type="checkbox"/> Disminución del rango de movimiento | <input type="checkbox"/> Depresión |
| <input type="checkbox"/> Sangre en la orina | <input type="checkbox"/> Tobillos hinchados | <input type="checkbox"/> Nerviosismo |
| <input type="checkbox"/> Cambios menstruales | <input type="checkbox"/> Calambres en las piernas | <input type="checkbox"/> Insomnio |
| <input type="checkbox"/> Ictericia | <input type="checkbox"/> Entumecimiento | <input type="checkbox"/> Sudores nocturnos |
| <input type="checkbox"/> Trastorno renal | <input type="checkbox"/> Debilidad muscular/parálisis | <input type="checkbox"/> Fatiga |
| <input type="checkbox"/> Sangrado vaginal | <input type="checkbox"/> Temblor/mareo | <input type="checkbox"/> Cambios en la vision |
| <input type="checkbox"/> Fiebre/Escalofríos | <input type="checkbox"/> Lesiones orales | <input type="checkbox"/> Dolor/enrojecimiento Ojos |
| <input type="checkbox"/> Sudoración excesiva | <input type="checkbox"/> Lesiones en la piel | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza |
| <input type="checkbox"/> Infecciones persistentes | <input type="checkbox"/> Llagas en la piel | <input type="checkbox"/> Pérdida de audición |
| <input type="checkbox"/> Erupciones/bultos | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Sangrados nasales |

Estatura: _____ **Peso:** _____

Estado civil (Casado/a, Soltero/a, Divorciado/a, Viudo/a): _____ Hijos?: Sí _____ No: _____
Si es así: Cuántos hijos? _____

Tabaquismo:

- | | |
|--|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nunca fumador | Años fumando: _____ |
| <input type="checkbox"/> Fumador actual (diario) | Paquetes por dia: <=0.5 |
| <input type="checkbox"/> Fumador actual (occasional) | 1.0 |
| <input type="checkbox"/> Exfumador | 1.5 |
| <input type="checkbox"/> Fumador, actual (desconocido) | 2.0 |
| <input type="checkbox"/> Desconocido si ha fumado o no | Más de 2.0 |

Consumo alcohol? Sí _____ No _____ **Cuántas bebidas por semana:** _____

Cuál es su ocupación/estado laboral actual? _____

Está involucrado en una demanda por lesiones personales debido a su dolor? Sí _____ No _____

Si es así: ¿Está trabajando actualmente? Sí _____ No _____ **Cuánto tiempo ha estado sin trabajar?** _____

Es esta una lesión relacionada con el trabajo? Sí _____ No _____

Nombre de Eempleado: _____ **Telefono:** _____

Si es así: Está trabajando actualmente? Sí _____ No _____

Cuánto tiempo ha estado sin trabajar? _____

Esta recibiendo beneficios de compensacion laboral?: Sí _____ No _____