

Fecha de hoy: _____

Por favor, marque claramente las casillas correspondientes y complete los espacios en blanco donde se indique. Sus respuestas precisas nos ayudarán a comprender mejor su situación y sus síntomas para brindarle la mejor atención posible. ¡Gracias por su cooperación!

Nombre completo: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Estatura: _____ Peso: _____ Mano dominante (circule una):
Derecha / Izquierda / Ambas

Médico de atención primaria: _____ Médico remitente: _____

HISTORIAL

Seleccione el área principal de dolor: ☐ Cuello ☐ Espalda baja ☐ Otro: _____

¿Cuánto tiempo ha tenido este dolor? ☐ 0-3 meses ☐ 4-12 meses ☐ 1 año o más

¿El dolor se irradia a las extremidades? (Circule el lado)

☐ Brazos ☐ Glúteos ☐ Piernas ☐ Otro: _____
(Izq./Der./Ambos) (Izq./Der./Ambos) (Izq./Der./Ambos) (Izq./Der./Ambos)

¿Presenta alguno de los siguientes? Si es así, indique dónde en el cuerpo.

☐ Debilidad: _____ ☐ Hormigueo: _____
☐ Entumecimiento: _____

¿Otros síntomas?

☐ Pérdida del control de la vejiga ☐ Pérdida del control intestinal ☐ Dolores de cabeza
☐ Otro: _____

¿Qué tan intenso es su dolor? (Marque abajo)

☐	☐	☐	☐	☐	☐
0 Sin dolor	1-2 Tolerable (sin medicamentos)	3-4 Soportable Actividades restringidas. requiere medicamentos	5-6 Casi intolerable (Sedentario(a), solo puede ver televisión, leer, etc.)	7-8 Intolerable (No puede leer, ver TV, ni usar el telefono; requiere acudir a urgencias para recibir analgésicos.)	9-10 Devastador (Requiere hospitalización para el control del dolor)

¿Ocurrió algo específico que causó el dolor? ☐ Sí ☐ No

Si respondió sí, describa: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

IMPORTANTE: SPINE TEAM TEXAS NO ACEPTA CASOS DE COMPENSACIÓN LABORAL (WORKERS' COMP)

¿La lesión o el dolor están relacionados con un accidente automovilístico?

☐ Sí ☐ No Fecha de la lesión: _____

¿Existe una demanda legal (pendiente o en consideración)? ☐ Sí ☐ No

¿Ha recibido alguno de los siguientes tratamientos para su condición actual?

Con otros profesionales de la salud ☐ Sí ☐ No Nombre, fecha y tratamiento: _____

Terapia física ☐ Sí ☐ No Número de sesiones: ____ ☐ Mejor ☐ Peor ☐ Sin cambios

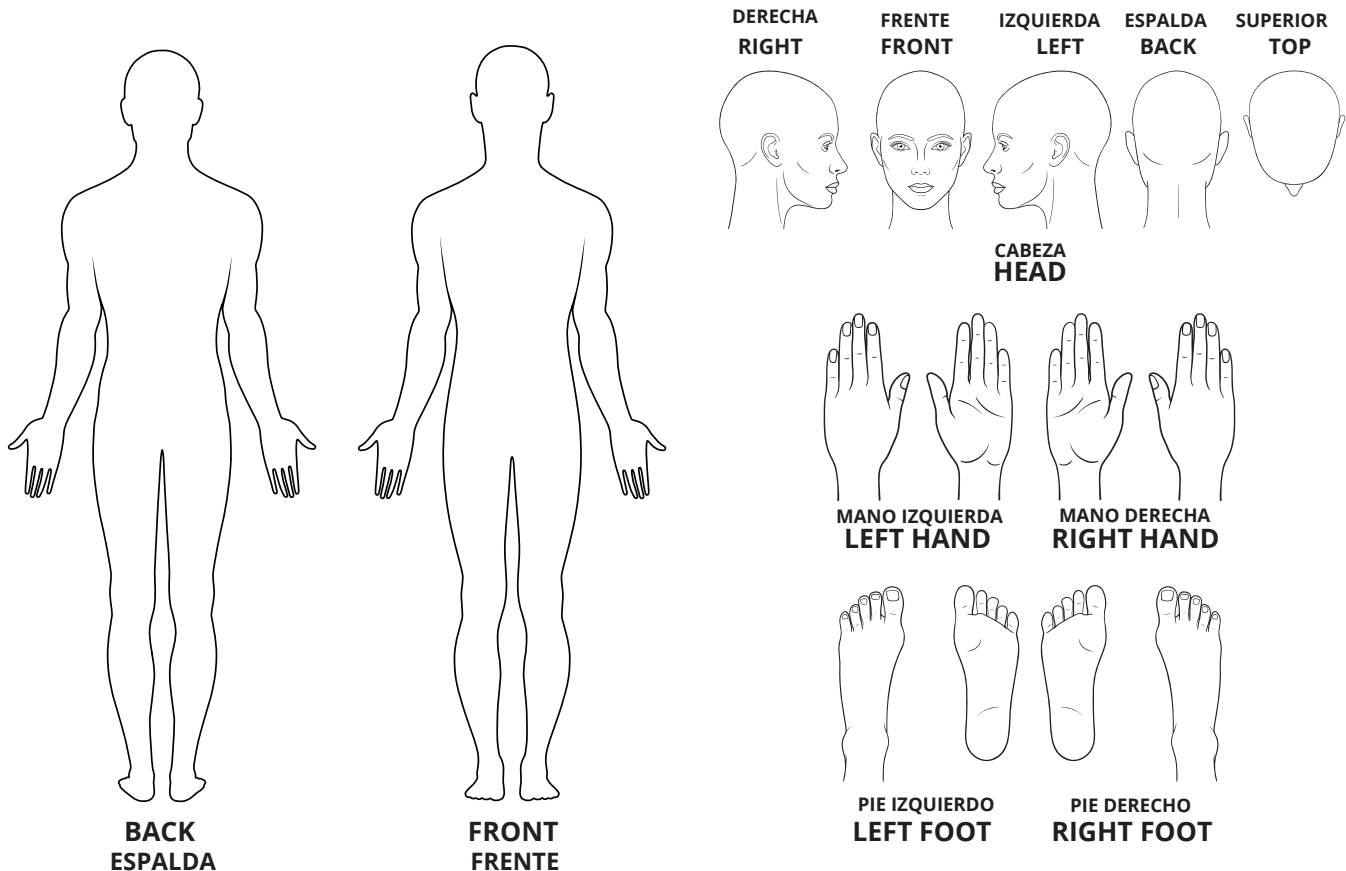
Inyecciones epidurales o facetarias ☐ Sí ☐ No Número de inyecciones: ____ ☐ Mejor ☐ Peor ☐ Sin cambios

Cirugía de espalda o cuello ☐ Sí ☐ No Fecha y tipo: _____

Pruebas diagnósticas ☐ Sí ☐ No ☐ CT ☐ MRI ☐ EMG ☐ Other: _____

Marque la ubicación de sus síntomas utilizando los siguientes símbolos en la figura de abajo:

CLAVE: Dolor= XX Entumecimiento/Hormigueo= OO Dolor punzante= // Ardor= ++



¿Qué espera lograr con la consulta de hoy?

SPINE TEAM TEXAS® CUESTIONARIO MÉDICO DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Enfermedad/ Condición:	Marque todas las opciones que correspondan (aunque estén controladas):		
☐ Alcoholismo	☐ Gota	☐ Enfermedad hepática Hepatitis	☐ Fiebre reumática
☐ Anemia	☐ Soplo cardíaco	☐ Enfermedad pulmonar	☐ Artritis reumatoide
☐ Ansiedad	☐ Presión arterial alta	☐ Migrañas	☐ Trastorno convulsivo
☐ Artritis	☐ Colesterol alto	☐ MRSA	☐ Apnea del sueño
☐ Asma	☐ Antecedentes de adicción	☐ Enfermedad muscular	☐ Accidente cerebrovascular
☐ Trastorno hemorrágico	☐ Antecedentes de abuso de sustancias	☐ Osteoporosis	☐ Trastorno de la tiroides
☐ Trombosis venosa profunda	☐ VIH/SIDA	☐ Neumonía	☐ Tuberculosis
☐ Depresión	☐ Hipertiroidismo	☐ Psoriasis	☐ Úlceras
☐ Diabetes ☐ Tipo 1 ☐ Tipo 2	☐ Hipotiroidismo	☐ Trastorno psiquiátrico	☐ Otro (explique): _____
☐ ERGE (Reflujo gastroesofágico)	☐ Enfermedad renal	☐ Embolia pulmonar	_____

☐ **Antecedentes de cáncer: Si ha tenido cáncer, indique qué tipo de cáncer tuvo y cuándo fue diagnosticado.**

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

Enumere todas las cirugías previas: ☐ No he tenido cirugías ☐ Ver documento adjunto

_____ Fecha aproximada: _____
Fecha aproximada: _____
Fecha aproximada: _____

MEDICAMENTOS

Enumere todos los medicamentos que está tomando actualmente. (Incluya medicamentos de venta libre y suplementos. Asegúrese de incluir si está tomando algún medicamento anticoagulante, incluida la aspirina.)

☐ No tomo medicamentos ☐ Medicamento inyectable para pérdida de peso / Medicamento oral para pérdida de peso ☐ Ver documento adjunto

_____ Dosis: _____ Frecuencia: _____
Dosis: _____ Frecuencia: _____
Dosis: _____ Frecuencia: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Enumere los medicamentos que ha tomado anteriormente e indique si fueron efectivos (incluya los medicamentos de venta libre):

_____ ¿Le ayudó el medicamento? ☐ Sí ☐ No ¿Durante cuánto tiempo lo tomó? _____

_____ ¿Le ayudó el medicamento? ☐ Sí ☐ No ¿Durante cuánto tiempo lo tomó? _____

¿Tiene alguna alergia a medicamentos? ☐ Sí ☐ No

Indique cuáles: _____

Reacción alérgica: _____

¿Tiene alguna otra alergia conocida a los siguientes?

☐ Látex ☐ Cinta adhesiva ☐ Mariscos ☐ Yodo

INFORMACIÓN DE LA FARMACIA

Nombre de la farmacia de preferencia: _____

Dirección de la farmacia de preferencia: _____

Teléfono de la farmacia de preferencia: _____

HISTORIAL SOCIAL

Estado civil: ☐ Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Separado(a) ☐ Viudo(a)

Número de hijos: _____ Edades: _____

¿Utiliza alguno de los siguientes? Marque y complete toda la información que corresponda.:

☐ Fumador anteriormente ¿Cuánto? _____ ¿Durante cuánto tiempo? _____	☐ Inhalantes sin tabaco ¿Cuánto? _____ ¿Durante cuánto tiempo? _____
☐ Fumador actualmente ¿Cuánto? _____ ¿Durante cuánto tiempo? _____	☐ Consume alcohol ¿Cuántas bebidas consume al día? _____
☐ Tabaco sin humo ¿Cuánto? _____ ¿Durante cuánto tiempo? _____	☐ Drogas recreativas ¿Qué tipo? _____
☐ Vapeadores o cigarrillos electrónicos ¿Cuánto? _____ ¿Durante cuánto tiempo? _____	☐ Antecedentes de abuso de alcohol o drogas Explique: _____

Ocupación: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

REVISIÓN DE SISTEMAS

Por favor, marque con una "X" los síntomas que presenta HOY o marque "No presento ninguno de los síntomas mencionados anteriormente" si no presenta ninguno de ellos.

PIEL

- ☐ Erupciones cutáneas
- ☐ Infecciones
- ☐ No presento ninguno de los síntomas mencionados anteriormente

CARDIOVASCULAR

- ☐ Dolor en el pecho
- ☐ Palpitaciones
- ☐ Hinchazón de las piernas
- ☐ No presento ninguno de los síntomas mencionados anteriormente

RESPIRATORIO

- ☐ Tos con sangre
- ☐ Sibilancias
- ☐ Falta de aire
- ☐ Tos
- ☐ Producción de flema
- ☐ Infección reciente
- ☐ No presento ninguno de los síntomas mencionados anteriormente

MUSCULOESQUELÉTICO

- ☐ Hinchazón de las articulaciones
- ☐ Rigidez
- ☐ Calambres
- ☐ Infección
- ☐ No presento ninguno de los síntomas mencionados anteriormente

PSIQUIÁTRICO

- ☐ Depresión
- ☐ Ansiedad
- ☐ Pensamientos suicidas
- ☐ Cambios de estado de ánimo
- ☐ No presento ninguno de los síntomas mencionados anteriormente