FORMULARIO DE COLUMNA

□ NUEVO PACIENTE □ CONSULTORIA CLINICA – SOLICITADO POR: _____

HISTORIA:

¿Cuál es su problema principal?_____

_____

En sus propias palabras, explique CUÁNDO y CÓMO comenzaron sus síntomas?_____

_____

_____

_____

¿Quién te ha referido a nosotros? Nombre:

_____

Dirección y Número de teléfono:

_____

¿Es este su médico de atención primaria? □ Sí □ No? - Si no es así, quien es su médico de cabecera?

Nombre : _____

Dirección y número de teléfono: _____

¿Qué diagnóstico le ha dado su médico?_____

Explique los sintomas por los que usted ha sido referrido:

□ Dolor de espalda baja □ Dolor de pierna □ Pierna derecha □ Pierna izquierda

□ Dolor de espalda y dolor en las piernas

□ Debilidad muscular □ Entumecimiento y/u Hormigueo □ Dolor de cuello □ Dolor en el brazo

□ Dolor de cuello y brazo □ Brazo derecho □ Brazo izquierdo □ Problemas de equilibrio

□ Otro: _____

¿Cómo comenzaron sus síntomas actuales?

□ Repentinamente □ Gradualmente □ Levantando / Girando / Halando / Agachando □ Lesión en el trabajo □ Caída □ Accidente de auto □ Lesión deportiva □ Sin causa aparente

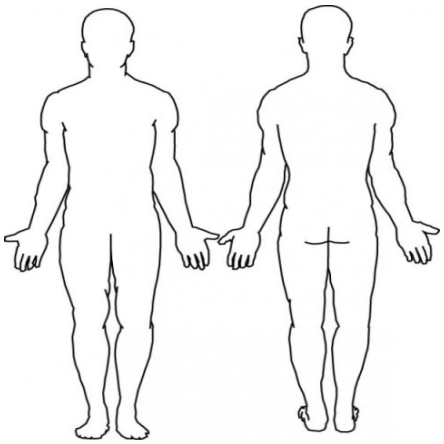
□ Otros: _____

Diagrama De Dolor – ¿Donde esta su dolor ahora?

Marque áreas de su cuerpo donde usted siente la sensación, y describa a continuación utilizando el símbolo apropiado.

Marque todas las áreas afectadas y donde irradia el dolor. Para completar la imagen, dibuje su cara.

Cólico	*Entumecimiento*	*Hormigueo & Agujas*	*Ardor*	*Puñalada*
^^^	===	ooo	XXX	///



FORMULARIO DE COLUMNA

En una escala de 0 a 10, marca el nivel de dolor de **PIERNA**,
con **0** siendo **ninguno** y **10** siendo **insoportable** (*Marque solo uno*)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

En una escala de 0 a 10, marca el nivel de dolor/molestia de **ESPALDA**,
con **0** siendo **ninguno** y **10** siendo **insoportable** (*Marque solo uno*)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

En una escala de 0 a 10, marca el nivel de dolor/molestia de **BRAZO**,
con **0** siendo **ninguno** y **10** siendo **insoportable** (*Marque solo uno*)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

En una escala de 0 a 10, marca el nivel de dolor/molestia de **CUELLO**,
con **0** siendo **ninguno** y **10** siendo **insoportable** (*Marque solo uno*)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Cómo describiría su dolor?

☐ Agudo ☐ Profundo ☐ Superficial ☐ Constante ☐ Intermitente
☐ Otro: _____

¿Por cuánto tiempo ha tenido sus síntomas?
☐ 1-7 Días ☐ 8-14 Días ☐ 15-21 Días ☐ 22-28 Días ☐ 1 Mes ☐ 2 Meses ☐ 3 Meses
☐ 6 Meses ☐ 9 Mes ☐ Más de 1 Año - # Años _____

¿Qué empeora/agrava sus síntomas?
☐ Acostarse ☐ Sentarse ☐ Estar de pie ☐ Caminar ☐ Agacharse hacia delante ☐ Doblarse hacia atras
☐ Tocer ☐ Flexion del cuello ☐ Extender el cuello ☐ Rotación del cuello ☐ Nunca empeora
☐ Otro:_____

¿Qué mejora sus síntomas?
☐ Acostarse ☐ Sentarse ☐ Estar de pie ☐ Caminar ☐ Apoyarse en el carrito de compras ☐ Nada
☐ Manipulación (Terapia fisica, quiropráctica, masaje) ☐ Narcóticos ☐ Anti-inflamatorio / Aspirina
☐ Flexión del cuello ☐ Extender de cuello ☐ Rotación del cuello
☐ Otro:_____

¿Ha habido algún cambio en sus hábitos del intestino y de la vejiga urinaria?
☐ No ☐ Si - Describe: _____

¿Qué otros tratamientos ha tenido para su problema de columna? Marque debajo "Si" o "No"
¿Tratamiento quiropráctico para esta enfermedad o lesión? ☐ Si ☐ No
¿Terapia física? ☐ Si ☐ No
¿Alguna vez recibió una inyección epidural de esteroides para este problema? ¿Alguna vez recibió dosis de Medrol (esteroide) para este problema? ☐ Si ☐ No
¿Toma medicamentos recetados para este problema? ☐ Si ☐ No - Cual Medicina _____
¿Alguna vez ha tenido alguna cirugía de cuello o espalda? ☐ Si ☐ No ☐ - Si ha tenido, cuantos? _____
¿Alguna vez ha sido hospitalizado por alguna enfermedad o trauma? ☐ Si ☐ No
¿Alguna vez ha sido tratado por depresión, ansiedad o problemas de salud mental? ☐ Si ☐ No
¿Estaría dispuesto a considerar opciones de tratamiento quirúrgico y no quirúrgico para sus síntomas?
☐ Si ☐ No

FORMULARIO DE COLUMNA

¿Actualmente tiene alguno de estos síntomas? Marque Sí o No para cada síntoma.

Si	No	Síntomas constitucionales
		Fiebre
		Sudor en las noches
		Fatiga o dolor general
		Aumento de Peso
		Perdida de Peso

Si	No	Cardiovascular
		Dificultad para respirar
		Dolor en el pecho
		Arritmia
		Palpaciones

Si	No	Respiratorio
		Tosiendo sangre
		Tos crónica
		Repiracion con jadeo

Si	No	Gastrointestinal
		Sangre en las heces
		Heces negra o descolorida
		Dolor abdominal
		Dificultad para tragar
		Náuseas o vómitos
		Diarrea
		Estreñimiento
		Distensión abdominal
		Masa abdominal o bultos

Otro: _____
_____
_____
_____
_____
_____

Si	No	Genitourinario
		Ardor al orinar
		Orina oscura o descolorida
		Dificultad para iniciar o finalizar el flujo de orina
		Mal control de la vejiga
		Pérdida de la sensación genital.
		Cualquier tipo de disfunción sexual

Si	No	Piel / Pecho
		Piel seca
		Sarpullido
		Descarga de pecho
		Bulto en el pecho
		Problemas con la cicatrización de heridas
		Cambio en un lunar
		Hoyuelo en la piel
		Cambio en el color o temperatura de la piel

Si	No	Hematologico / Linfático
		Contusiones o hemorragias fácilmente
		Sangrado de nariz

Si	No	Musculoesquelético
		Masas o bultos
		Hinchazón
		Incapacidad para sentirse caliente o frío
		Coordinacion pobre
		Pérdida de control de brazos o piernas
		Pérdida de masa muscular
		Sensaciones anormales de brazos o piernas
		Dolor de cuello
		Dolor de espalda
		Entumecimiento
		Hormigueo
		Espasmos musculares

Si	No	Neurológico
		Mala visión
		Visión borrosa
		Visión doble
		Pérdida de la audición
		Timbre en oido
		Entumecimiento en la cara
		Pérdida del sentido del olfato
		Pérdida del sentido del gusto
		Paralisis en cara
		Ronqueo
		Dificultad para hablar
		Dificultad para tragar
		Dolor de cabeza
		Mareo
		Convulsiones
		Problemas al caminar / Balance inestable

Si	No	Endocrino
		Poco apetito
		Intolerancia al frío
		Sed excesiva
		Pérdida de pelo corporal
		Psicosocial
		Depresión
		Alucinaciones
		Ansiedad
		Cambios de humor

FORMULARIO DE COLUMNA

¿Alguna vez ha tenido alguna de las siguientes condiciones médicas? Por favor marque **Sí** o **No** a todo lo siguiente.

HISTORIA MÉDICA: **SI** **NO**

Hipertensión (presión arterial alta) _____ ☐ ☐
Dislipidemia (colesterol alto o bajo) _____☐ ☐
Diabetes (azúcar en el torrente sanguíneo)
_____ ☐ ☐
Tipo de diabetes: controlado / no controlado
Enfermedad vascular periférica
(vaso sanguíneo bloqueado en las piernas) ☐ ☐
Derrame Cerebral_____ ☐ ☐
Enfermedad cardíaca_____☐ ☐
Desmayo _____ ☐ ☐
Enfermedad de riñones _____ ☐ ☐
BPH (agrandamiento de la próstata) _____ ☐ ☐
Úlcera gastrointestinal_____ ☐ ☐
Asma / Enfermedad Pulmonar_____ ☐ ☐
Anemia _____ ☐ ☐
Lupus / Artritis Reumatoide/ ☐ ☐
Espondilo artritis anquilosante_____
Cáncer _____ ☐ ☐
Fecha _____ Tipo _____
Otro: _____
_____
_____

Antecedentes quirúrgicos - Por favor escriba cualquier cirugías previas _____
_____
_____
_____
_____
_____

HISTORIA MÉDICA

Relación	**Historial médico**	**Causa de la muerte (si es aplicable)**
Padre		
Madre		
Abuelo paterno		
Abuela paterna		
Abuelo por parte de madre		
Abuela materna		

HISTORIA SOCIAL **SI** **NO**

Tabaco?
Actualmente fumando _____ ☐ ☐
Fecha de terminar: _____
Paquetes a día _____ Años _____
Drogas ilícitas _____ ☐ ☐
Ocasional _____ ☐ ☐
Bebidas de Alcohol Per Semana _____
Fecha de salida _____
Ocupación _____
_____

MEDICAMENTOS

_____
_____
_____

ALERGIAS

_____
_____

FORMULARIO DE COLUMNA

HISTORIAL DE TRABAJO

¿Eres capaz de realizar tu rutina diaria con estos síntomas? □ Sí □ No

¿Eres capaz de trabajar con tu condición? □ Sí □ No

¿Alguna vez ha presentado un reclamo de compensación laboral relacionado con una lesión en el cuello o el cerebro? □ Sí □ No □ N/A

¿Has estado o estarás involucrado en una demanda debido a tu problema de cuello o espalda? □ Sí □ No

¿Se resolvió la demanda? □ Sí □ No

Firma del paciente **Fecha / Hora**

_____

Firma del personal de enfermería / Iniciales / Nombre en letra de imprenta **Fecha / Hora**

_____

Firma del médico / Nombre en letra de imprenta **Fecha / Hora**

_____