

THE RYU HURVITZ ORTHOPEDIC CLINIC
Cuestionario de Problema

Apellido: _____ Nombre: _____ Edad: _____

Por favor marque la respuesta correcta donde corresponda.

1. Donde esta su problema principal? _____

Derecho(____)

Izquierda(____)

2. Que es su problema principal?

1. Dolor

5. Inestabilidad o dislocación

2. Entumido

6. Hinchado

3. Debilidad

7. Otro (Explique)

4. Rigidez

3. Como comienzo su problema? Por favor explique.

4. Por cuanto tiempo ha tenido este problema, aproximadamente? _____

(Numero de dias, meses o años)

5. Su problema esta (por favor marque): Mejorando Empeorando Igual

6. Su problema lo despierta por la noche? Si o No

7. Su dolor o problema es (por favor marque): : Intermitente o Constante

8. Que hace que su problema empeore?

1. Ejercicio

5. Movimientos repetitivos

9. Nada

2. Sentar

6. Actividades generales

10. Otro (Explique)

3. Parar

7. Toser, Estornudos, Tirante

4. Caminar

8. Descansar

9. Es diestro o zurdo? _____ Diestro _____ Zurdo

10. Que ayuda su problema? _____

11. Usted ha tenido este problema antes? Si o No Por cuanto tiempo? _____

12. Usted a recibido tratamiento medico para este problema anterior? Si o No (por favor explique)

13. Esta tomando medicamentos especificamente para este problema? Si es asi, por favor escriba el medicamento: _____

14. Quien es su medico de atencion primaria? _____

15. Que analisis a tomado para este problema? Donde? _____

1. Radiografia 2. CT Scan 3. MRI 4. Nerve Test (EMG) 5. Ultrasonido 6. Otro _____

16. Si esta trabajando, marque si su trabajo le exige lo siguiente?

- | | |
|-----------------------------|----------------------------------|
| 1. Levantar objetos pesados | 5. Caminar por mucho tiempo |
| 2. Agacharse y levantarse | 6. Estar en pie por largo tiempo |
| 3. Arrodillarse | 7. Sentarse |
| 4. Escalar | 8. Movimientos repetitivos |

17. En una escala de 1 al 10, que malo esta su dolor o problema? _____

18. Por favor liste su medicamentos y suplementos que esta tomando actualmente?

- | | |
|----------|-----------|
| 1. _____ | 6. _____ |
| 2. _____ | 7. _____ |
| 3. _____ | 8. _____ |
| 4. _____ | 9. _____ |
| 5. _____ | 10. _____ |

19. Tiene alergia a algun medicamento? Si o No Si es asi, indique la alergia y la reaccion:

20. Tiene alguna alergia alimentaria o de metal? Si or No Si es asi, indique la alergia y la reaccion:

21. Usted tiene hisoria de cualquiera de las siguientes enfermedades, marque las que corresponda:

- | | | |
|---------------------------|-----------------------|------------------------------|
| 1. Enfermedad del corazon | 4. Coagulos de sangre | 7. Tuberculosis |
| 2. Alta Presion | 5. Derrame cerebral | 8. Cancer: si es asi, cual : |
| 3. Diabetes | 6. Hepatitis | _____ |

22. Usted tiene otras condiciones medicas? (por favor liste) _____

23. Por favor lista cirugias con fechas aproximadas: _____

24. Alguien en su familia cercana tiene algunos de los problemas medicos como los que estan listados arriba? Si o No Si es asi, por favor explique: _____

25. Estado Civil? Soltero Casado Divorciado Viudo Socio Domestico

26. Usted tiene hijos? Si o No Si tiene hijos, cuantos? _____

27. Que es su ocupacion: _____

28. Piensa aplicar para cualquier de los programa siguientes por este problema?

Discapacidad: Si o No

Compensación de Trabajadores: Si o No

29. Cual es su situacion laboral?

Sin Trabajo

Medio Tiempo

Trabajando 8 horas al dia

Retirado

30. Usted toma alcohol? Si o No Cuanto por semana? _____

31. Usted fuma tabaco? Si o No Cuanto paquetes por semana? _____

32. Usted utiliza drogas ilicitas? Si o No Si es asi, cuales? _____

33. Por favor marque **SOLO** los problemas que esta experimentando actualmente:

Ojos

Herida

Trauma

Desprendimiento de retina

Glaucoma

Cataratas

ENTM

Usar audifonos

Pérdida de la audición

Dolor de oído

Infección en el oído

Equilibrio de perturbaciones

Zumbido en el oído

(Derecho or Izquierda?)

Mareos

Hemorragias nasales

Congestión nasal

Drenaje nasal

Incapacidad para oler

Problemas del sino

Frecuente dolor de garganta

Llagas en la boca

Cardiovascular

Dolor o angina en el pecho

Alta Presion

Pulso irregular

Solpo del corazon

Manos o pies hinchados

Calambres/dolor en las piernas

Cambiar de color de los pies

Respiratorio

Asma

Tos crónica

El esputo con sangre

Dificultad para respirar

Sibilancias

Enfisema

Historia de neumonía

Cáncer de pulmón

Gastrointestinal

Indigestión

Ictericia

Náuseas frecuentes

Enfermedad del hígado

Dolor abdominal

Cambio en el intestino

Gastritis o úlceras

Cancer del colon

Genitourinario

Dolor al orinar

Incontinencia

Cálculos renales

Musculoesquelético

Debilidad del brazo o pierna

Dolor de espalda

Dolor del brazo o pierna

Joint Pain/Swelling

Artritis

Integumentario

Enfermedades de la piel

Cáncer de piel

Examen de los senos reciente

Neurológico

Desmayos

Perder el conocimiento

Convulsiones

Dolores de cabeza

Perdida de memoria

Debilidad de la cara

Problema para hablar

Parálisis

Psiquiátrico

Historia de enfermedad mental

Depresión

ADD

Endocrino

Diabetes

Enfermedad de tiroides

Apetito incrementado

Debilidad

Pérdida de peso

Aumento de peso

Cambio de color de la piel

Hematológico / Linfático

Low Blood Count

Hemofilia

Sangrado Tendencias

Transfusión de sangre

Alergia/ Inmunología

Eczema

Urticaria

Estornudos frecuentes

Alergias a los alimentos

Alergias a medicamentos

37. Peso: _____ lbs

Altura: _____ pies _____ pulgadas

Firma del Paciente, Padre, o Guardián: _____ Fecha: _____