

**THE RYU HURVITZ ORTHOPEDIC CLINIC**  
**Cuestionario de Problema**

Apedillo: \_\_\_\_\_ 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 dolor o problema es (por favor marque):**    **Intermitente**    o    **Constante**

**7. 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

\_\_\_\_\_

**8. Es diestro o zurdo?** \_\_\_\_\_ Diestro    \_\_\_\_\_ Zurdo

**9. Que ayuda su problema?** \_\_\_\_\_

**10. Usted ha tenido este problema antes? Si o No Por cuanto tiempo?** \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

**12. Esta tomando medicamentos especificamente para este problema? Si es asi, por favor escriba el medicamento:** \_\_\_\_\_

**13. Ha probado las siguientes opciones conservadoras: (marque las que ha probado**

Terapia fisica ( )

Aleve / Ibuprofeno / Advil / Etc ( )

Descanso ( )

Formación de hielo / almohadillas calientes ( )

Tylenol ( )

Ejercicios caseros ( )

Aspiración ( )

Inyecciones de esteroides ( )

14. Médico de atención primaria: \_\_\_\_\_ Doctor referente: \_\_\_\_\_

15. Que analisis a tomado para este problema? Donde? \_\_\_\_\_

1. Radiografía    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. Nombre y ubicación de su farmacia preferida: \_\_\_\_\_

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

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

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

22. 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          | _____                        |

23. Usted tiene otras condiciones medicas? (por favor liste) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

24. Por favor lista cirugias con fechas aproximadas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

25. Alguen 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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

26. Estado Civil? Soltero Casado Divorciado Viudo Socio Domestico

27. Usted tiene hijos? Si o No Si tiene hijos, cuantos? \_\_\_\_\_

28. Que es su ocupacion: \_\_\_\_\_

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

Discapacidad: Si o No Compensación de Trabajadores: Si o No

30. Cual es su situacion laboral?

Sin Trabajo Medio Tiempo Trabajando 8 horas al dia Retirado

31. Usted toma alcohol? Si o No Cuanto por semana? \_\_\_\_\_

32. Usted fuma tabaco? Si o No Cuanto paquetes por semana? \_\_\_\_\_

33. Usted utiliza drogas ilicitas? Si o No Si es asi, cuales? \_\_\_\_\_

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

- Ojos ( ) Tegumentario / Piel ( )
- Oreja / nariz / garganta ( ) Neurológico ( )
- Cardiovascular / Corazón ( ) Psiquiátrico ( )
- Respiratorio ( ) Endocrino / Hormonas ( )
- Gastrointestinal ( ) Genitourinario ( )
- Sangre / Adelgazamiento / Coagulación ( ) Alergia / Inmunología ( )
- Musculoesquelético: aparte de la afección por la que te están viendo hoy ( )

**Please give details:**

---



---



---



---



---



---

Weight: \_\_\_\_\_ lbs and Height: \_\_\_\_\_ ft \_\_\_\_\_ in

Signature of Patient, Parent, or Guardian: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_