

The Ryu Hurvitz Orthopedic Clinic

2936 De La Vina Street First Floor
Santa Barbara CA 93105
Telephone (805) 963-2729
Fax (805) 963-3818

Cuestionario de Problemas

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo Nombre: _____

Apodo/Nombre Preferido: _____ Pronombres: _____ Sexo: M / F

Fecha de Nacimiento: _____ Años: _____ Altura: _____ Peso: _____

1. Médico/a de Atención Primaria: _____

2. Médico/a Referente (si corresponde): _____

3. ¿Dónde está tu principal problema? _____ Derecha Izquierdo/a Bilateral

4. ¿Cuál es tu mano dominante? Derecha Izquierdo/a Ambidextro/a

5. ¿Está experimentando alguno de los siguientes problemas? Encierre en un círculo todo lo que corresponda.

- Dolor
- Dolor Nocturno
- Debilidad
- Rigidez
- Articulación inestable o dislocada
- Hinchazón
- Entumecimiento
- Otro: _____

6. ¿Cómo empezó tu problema? _____

7. Aproximadamente hace cuanto tiempo que tiene este problema? _____

8. ¿Tu problema está: mejorando? empeorando? sigue siendo el mismo?

9. ¿Su dolor o problema es: intermitente? constante?

10. En una escala del 1 al 10, siendo 10 el peor, ¿qué tan grave es su dolor o problema ahora? _____

11. ¿Qué empeora su problema? Encierre en un círculo todo lo que corresponda.

- Ejercicio
 - Sentado
 - De pie
 - Caminando
 - Movimientos Repetitivos
 - Actividades Generales
 - Tos, Estornudos, Esfuerzo
 - Descansando
 - Nada
 - Otro: _____
- _____
- _____
- _____

The Ryu Hurvitz Orthopedic Clinic

2936 De La Vina Street First Floor
Santa Barbara CA 93105
Telephone (805) 963-2729
Fax (805) 963-3818

12. ¿Qué ayuda a su problema? _____

13. ¿Ha tenido tratamiento médico previo para este problema? Si No En caso afirmativo, describa:

14. ¿Está tomando algún medicamento específico para este problema? Si No En caso afirmativo, describa: _____

15. ¿Has probado alguna de las siguientes opciones conservadoras? Si es así, ¿cuánto tiempo o con qué frecuencia?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Terapia Física _____ | <input type="checkbox"/> Tylenol _____ |
| <input type="checkbox"/> Ibuprofen/Aleve/etc. _____ | <input type="checkbox"/> Ejercicios Caseros _____ |
| <input type="checkbox"/> Descanso _____ | <input type="checkbox"/> Aspiración _____ |
| <input type="checkbox"/> Hielo _____ | <input type="checkbox"/> Inyecciones de esteroides _____ |
| <input type="checkbox"/> Almohadillas Caliente _____ | <input type="checkbox"/> Modificación de actividad _____ |

16. ¿Cuál de las siguientes pruebas ha tenido para este problema? Tenga en cuenta la instalación y la fecha aproximada.

- | | |
|---------------------|-------------------------------|
| • Radiografía _____ | • Prueba nerviosa (EMG) _____ |
| • CT Scan _____ | • Ultrasonido _____ |
| • MRI _____ | • Other: _____ |

17. Nombre y ubicación de su farmacia preferida: _____

18. Enumere todos sus medicamentos y suplementos actuales:

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

19. ¿Tiene alguna alergia a medicamentos? Si No En caso afirmativo, indique la alergia y la reacción:

The Ryu Hurvitz Orthopedic Clinic

2936 De La Vina Street First Floor
Santa Barbara CA 93105
Telephone (805) 963-2729
Fax (805) 963-3818

20. ¿Tienes alguna alergia a alimentos o metales? Si No En caso afirmativo, indique la alergia y la reacción: _____

21. ¿Tiene antecedentes de alguna de las siguientes enfermedades o afecciones? Encierre en un círculo todo lo que corresponda.

- Enfermedad del corazón
- Alta presión sanguínea
- Diabetes
- Coágulos de sangre
- Accidente cerebrovascular
- Hepatitis
- Tuberculosis
- Cáncer _____

22. Por favor enumere cualquier otra condición médica: _____

23. ¿Alguien en su familia inmediata tiene algún problema médico importante, enfermedad o condición como las mencionadas anteriormente? Si No En caso afirmativo, describa: _____

24. Enumere cualquier cirugía anterior que haya tenido con fechas aproximadas: _____

25. ¿Se ha caído en los últimos 12 meses? Si No Si es así, ¿cuántas veces? _____

26. ¿Cuáles fueron los motivos de las caídas? _____

27. ¿Cuál es su estado laboral? No trabajando Tiempo parcial Tiempo complete Jubilado/a

28. Si está trabajando, ¿cuál es su ocupación/título de trabajo? _____

29. ¿Planea solicitar alguno de los siguientes debido a este problema?

- Discapacidad: Si No
- Compensación del trabajador: Si No

The Ryu Hurvitz Orthopedic Clinic

2936 De La Vina Street First Floor
Santa Barbara CA 93105
Telephone (805) 963-2729
Fax (805) 963-3818

30. ¿Su trabajo requiere alguno de los siguientes?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Levantamiento pesado | <input type="checkbox"/> Caminata extendida |
| <input type="checkbox"/> Flexiones y levantamientos frecuentes | <input type="checkbox"/> De pie continuo |
| <input type="checkbox"/> Ponerse en cuclillas o arrodillarse con frecuencia | <input type="checkbox"/> Sentado |
| <input type="checkbox"/> Escalada | <input type="checkbox"/> Movimientos repetitivos |

31. ¿Bebes alcohol? Si No En caso afirmativo, ¿cuántas bebidas por semana? _____

32. ¿Fumas tabaco? Si No En caso afirmativo, ¿cuántos paquetes por semana? _____

33. ¿Utiliza drogas ilícitas? Si No En caso afirmativo, ¿qué y con qué frecuencia a la semana?

34.Cuál es tu estado civil? Soltero Casado Divorciado Viudo Pareja domestica

35. ¿Tienes hijos? Si No Si es así, ¿cuántos? _____

36. Encierre en un círculo cualquier otro problema que esté experimentando actualmente y proporcione los detalles a continuación:

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Ojos• Oreja/Nariz/Garganta• Cardiovascular/ Corazón• Respiratorio• Gastrointestinal• Sangre/Adelgazamiento/Coagulación• Integumentary/Skin | <ul style="list-style-type: none">• Neurológico• Psiquiátrico• Endocrino/Hormonal• Genitourinario• Alergia/Inmunología• Musculoesquelético que no sea la afección por la que lo atienden hoy |
|--|---|

Nombre del paciente _____

Firma del paciente o representante _____

Fecha _____