

Carlos J. Lavernia, M.D.
Cirugía Ortopédica
Ph: (305) 484-9727
Fx: (786) 667-8723

CUESTIONARIO DE ESPALDA

Estimado Paciente:

Como esta es su primera visita en nuestra oficina, le agradeceremos que llene este cuestionario para así obtener la información medica y ortopédica más completa posible.

Gracias de antemano por su cooperación.

Atentamente,

Carlos J. Lavernia, M.D., F.A.A.O.S.

[Office Forms\Back Questionnaire-Spa]

INFORMACION DEMOGRAFICA

Por favor, conteste **TODAS** las preguntas lo más completo posible. Gracias.

Apellido: _____

Apellido de Soltera: _____

Primer Nombre, Inicial: _____

Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino

Lugar de Nacimiento: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Estado Civil:

- ☐ Soltero ☐ Viudo
☐ Casado ☐ Divorciado

Nombre de Esposa/Esposo: _____

Dirección Local (Ciudad, Estado, Código Postal, País): _____

Dirección Permanente (si difiere a la anterior): _____

Teléfono (Casa): _____

Teléfono (Trabajo): _____

Celular: _____

Beeper: _____

Número de Seguro Social: _____

Número de Licencia de Conducir: _____

¿Cuál es su Ocupación?:

- ☐ Profesional ☐ Empleado ☐ Estudiante ☐ Ama de casa
☐ Retirado ☐ Desempleado ☐ Desabilitado ☐ Empleo propio
☐ Otro: _____

¿Cuál es su Nivel de Educación?:

- ☐ Primaria _____ (# años)
☐ Escuela Secundaria _____ (# años)
☐ Universitaria _____ (# años)
☐ Escuela Graduada _____ (# años) ☐ Masters ☐ PhD ☐ MD ☐ JD

Raza:

- ☐ Negra ☐ Blanca ☐ Nativo-Americano ☐ Asiático Otro: _____

Grupo Étnico:

- ☐ Afro-Americano ☐ Caucasico ☐ Asiático/Islands Pacifica ☐ Árabe ☐ Nativo-Americano
☐ Hispano/Descendencia (favor de especificar): _____ ☐ Otro: _____

Religión (**MARQUE SOLO UNA**):

☐ Judía ☐ Católica ☐ Protestante ☐ Testigo de Jehova ☐ Musulmana
☐ Cristiana (especifique): _____ ☐ Otra: _____

Pariente más cercano que **NO VIVA CON USTED**: Relación:

Dirección: _____ Ciudad: _____
Estado, País: _____ Código Postal: _____
Teléfono (Casa): _____ Teléfono (Trabajo): _____

Amistad cercana que **NO VIVA CON USTED**: Teléfono (Casa): _____

Teléfono (Trabajo): _____

Si está incapacitado, ¿es su incapacidad relacionada con el trabajo?: ☐ Sí ☐ No

Si usted está desempleado, ¿cuándo fue la última vez que trabajó?: ____/____/____

¿Es este un caso de compensación de trabajo (Worker's Compensation case?): ☐ Sí ☐ No

Si contestó **SI**, favor de llenar la siguiente información:

Nombre de la Compañía de Seguros: _____
Nombre del Ajustador (Case Manager): _____
Número del Ajustador: _____ Número de Caso: _____
Nombre del Empleador: _____ Número de Teléfono del Empleador: _____
Dirección del Empleador (Ciudad, Estado, Código Postal): _____

¿Es este un caso legal (de litigio)?: ☐ Sí ☐ No

Si contestó **SI**, por favor de llenar la siguiente información:

Nombre del Abogado: _____
Número de Teléfono: _____ Número de Caso: _____

¿Quien lo / la refirió a usted a nuestra oficina?:

☐ Médico Primario ☐ Otro médico ☐ Internet
☐ Centro Internacional de: → → ☐ Cedars Medical Center ☐ Universidad de Miami
☐ Jackson Memorial Hospital ☐ Abogado ☐ Páginas amarillas
☐ Otro paciente (nombre): _____

Médico que lo refirió a usted: _____ Teléfono: _____

Médico Primario: _____ Teléfono.: _____

PROBLEMA ACTUAL

Por favor marque **TODAS** las que apliquen:

Edad: _____

Espalda: _____ Columna lumbo-sacra (baja) _____ Columna cervico-toracica (alta)

¿Cuándo comenzó su dolor?:

_____ días _____ semanas _____ meses _____ años

¿Cuándo comenzó a empeorar su dolor?:

_____ días _____ semanas _____ meses _____ años

¿Razón por la cual comenzó su dolor? (**MARQUE TODAS LAS QUE APLIQUEN**):

☐ Torcedura ☐ Fractura ☐ Contusión
☐ Espontáneamente ☐ Caída ☐ Accidente de auto ☐ Otra: _____

¿Siente usted alguno de los síntomas aquí mencionados?:

(**MARQUE TODAS LAS QUE APLIQUEN**):

☐ Dolor ☐ Bloqueo ☐ Molestia
☐ Hinchazón ☐ Pérdida de Movimiento ☐ Debilidad
☐ Adormecimiento ☐ Flojera

¿Como es su dolor (la mayor parte del tiempo)? (**MARQUE SOLO UNA**):

☐ Ninguno
☐ Leve u ocasional
☐ Solo al poner peso (parado)
☐ Solo al caminar o al subir o bajar escaleras
☐ Moderado a severo al poner peso; incapaz de hacer cualquier actividad
☐ Severo por la noche
☐ Intenso y permanente

¿Como es su dolor en la noche? (**MARQUE SOLO UNA**):

☐ Ningún dolor ☐ Continuo ☐ Intermitente

¿Como es su dolor sin actividad fisica? (**MARQUE SOLO UNA**):

☐ Ningún dolor ☐ Leve ☐ Moderado ☐ Moderado-Severo ☐ Severo

¿Cuales son las características de su dolor? (**MARQUE SOLO UNA**):

☐ Agudo o punzante ☐ Sordo

Los síntomas empeoran al: (**MARQUE TODAS LAS QUE APLIQUEN**):

- | | |
|--------------------------------------|--|
| ☐ Al caminar | ☐ Al subir o bajar escaleras |
| ☐ Al pararse | ☐ Al levantar objetos pesados |
| ☐ Al sentarse | ☐ Al cargar objetos pesados |

Los síntomas mejoran: (MARQUE TODAS LAS QUE APLIQUEN):

- | | |
|--|--|
| ☐ Con nada (no hay mejoramiento) | ☐ Con hielo |
| ☐ Caminando | ☐ Con descanso |
| ☐ Con terapia física | ☐ Con ejercicio |
| ☐ Con medicación/pastillas (por favor especifique): _____ | |

Escoja la frase que mejor clasifica su actividad diaria: (MARQUE SOLA UNA):

- ☐ Completamente inactivo; dependiente de otros; no puedo salir de casa.
- ☐ Mayormente inactivo; muy restringido en mis actividades del diario vivir.
- ☐ Ocasionalmente participo en actividades tales como caminar; puedo hacer trabajos livianos en el hogar y puedo hacer compras con limitación.
- ☐ Regularmente participo en actividades ligeras.
- ☐ Ocasionalmente participo en actividades moderadas como nadar y puedo trabajar y salir de compras sin limitaciones físicas.
- ☐ Regularmente participo en actividades moderadas.
- ☐ Regularmente participo en eventos muy activos como el ciclismo.
- ☐ Regularmente participo en actividades muy activas como jugar bolos o el golf.
- ☐ A veces participo en deportes de impacto como trotar, tennis, esquiar, acrobacia, ballet, o trabajo pesado.
- ☐ Regularmente participo en deportes de impacto.

Tolerancia para caminar? (MARQUE SOLO UNA):

- ☐ Sin límite
- ☐ De 6 a 20 cuerdas
- ☐ De 2 a 5 cuerdas
- ☐ Menos de 2 cuerdas
- ☐ Dentro de la casa solamente
- ☐ No puedo caminar

¿Por cuanto tiempo puede usted caminar sin usar apoyo? (sin usar *BASTON, MULETAS* o un *ANDADOR*) (MARQUE SOLO UNA):

- | | |
|---|---|
| ☐ Más de 1 hora | ☐ Menos de 2 minutos o dentro de la casa |
| ☐ De 31 a 60 minutos | ☐ De 2 a 10 minutos |
| ☐ De 11 a 30 minutos | ☐ No puedo caminar |

Subiendo escaleras: (MARQUE SOLA UNA):

- ☐ Normalmente; sin usar el pasamanos; un paso después del otro; un pie en cada escalón.
- ☐ Normalmente; pero usando el pasamanos; un paso después del otro; un pie por escalón.
- ☐ Un paso a la vez; poniendo los dos pies en el mismo escalón.
- ☐ No puedo subir escaleras.

Nivel de APOYO que usted requiere: (MARQUE SOLO UNA):

- ☐ 1. Ninguno
- ☐ 2. Un bastón ocasionalmente
- ☐ 3. Un bastón la mayor parte del tiempo
- ☐ 4. Un bastón todo el tiempo
- ☐ 5. Una muleta o un bastón
- ☐ 6. Dos bastones o dos muletas
- ☐ 7. Sólo un andador ("burrito")
- ☐ 8. No puedo caminar

Si usted contesto la no. 3, por favor especificar:

- ☐ La mayor parte del tiempo con bastón y muy poco tiempo sin el bastón.
- ☐ Uso el bastón menos de una (1) hora; pero me es difícil sin bastón.

¿Cojea usted cuando CAMINA SIN APOYO? (sin usar *BASTON, MULETAS* o un *ANDADOR*) (MARQUE SOLO UNA):

- ☐ No cojeo
- ☐ Cojeo ligeramente
- ☐ Cojeo moderadamente
- ☐ Cojeo severamente
- ☐ No puedo caminar sin apoyo

Acceso al auto: (MARQUE LA QUE MEJOR DESCRIBE SU SITUACION):

- ☐ Puedo entrar y salir del auto con facilidad.
- ☐ Me es difícil entrar y salir del auto.
- ☐ No puedo entrar y salir del auto sin ayuda.

¿Cuál de las siguientes frases describe mejor su situación de trabajo durante el mes pasado? (MARQUE SOLO UNA):

- ☐ Trabajo tiempo completo.
- ☐ Trabajo medio tiempo.
- ☐ Desempleado debido a problemas de salud.
- ☐ Desempleado, buscando trabajo.
- ☐ Retirado, o sin trabajo debido a problemas con la cadera y/o rodilla.
- ☐ Retirado por razones no relacionadas con mi cadera y/o rodilla.
- ☐ Ama de casa tiempo completo.
- ☐ Estudiante tiempo completo.

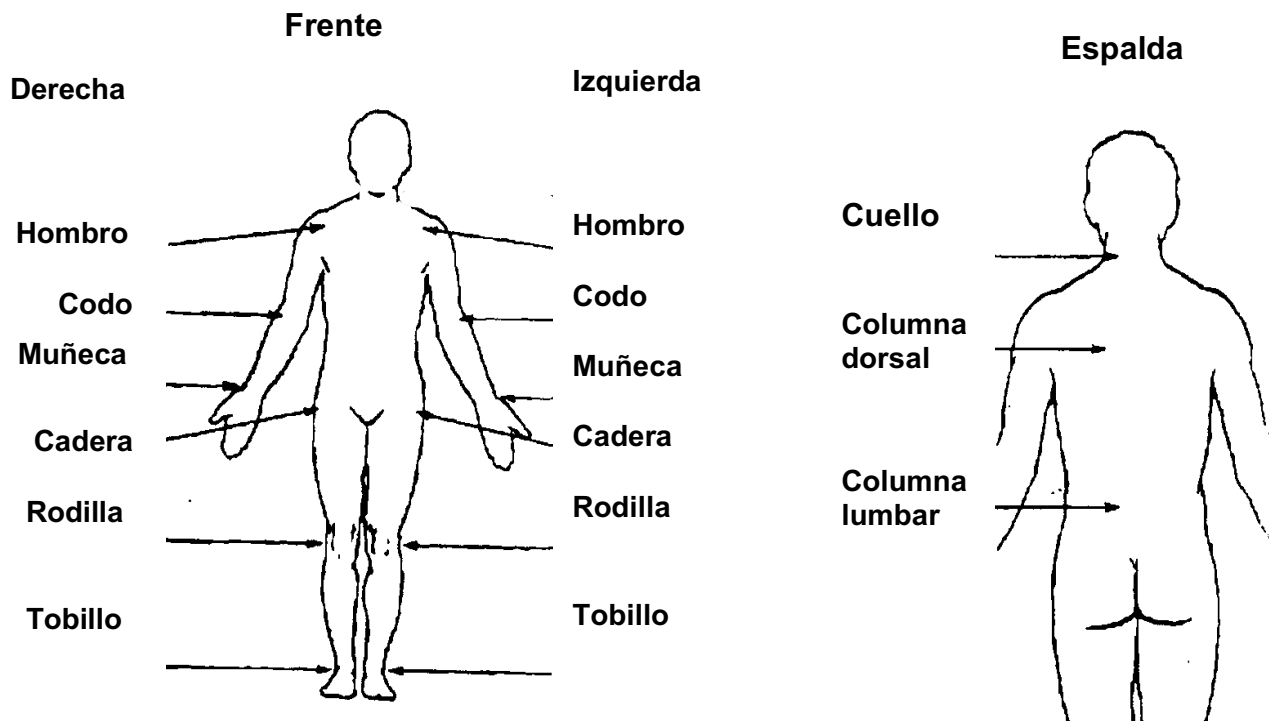
¿Tiene usted dificultad para ponerse sus zapatos y medias en el *PIE INDICADO ABAJO*? (MARQUE SOLO UNA EN CADA COLUMNA):

<u>Izquierdo</u>	<u>Derecho</u>	
☐	☐	Sin dificultad
☐	☐	Ligeramente difícil
☐	☐	Extremadamente difícil
☐	☐	No puedo hacerlo

¿Como se levanta usted de una silla? (MARQUE SOLO UNA):

- ☐ Me levanto sin empujarme con los brazos.
- ☐ Uso mis brazos para ayudarme a parar.
- ☐ No me puedo levantar de una silla sin la ayuda de alguien.

En los dibujos siguientes, marque las otras areas donde tiene dolor:



Por favor, marque con una "A" **TODAS** las medicaciones que usted actualmente esta tomando para ese dolor, y con una "P" aquellas que tomo en el pasado para el mismo dolor:

___ ANSAID	___ DILAUDID	___ PREDNISONE
___ ARTHROTEC	___ FELDENE	___ RELAFEN
___ ASPIRIN	___ GOLD	___ STEROIDS
___ BEXTRA	___ INDOCIN	___ TALWIN
___ BUTAZALIDIN	___ MECLOMEN	___ TOLECTIN
___ CELEBREX	___ MORPHINE	___ TRILISATE
___ CLINORIL	___ MOTRIN	___ TYLENOL
___ CODEINE	___ NALFON	___ TYLENOL #3
___ DARVON	___ NAPROSYN	___ TYLOX
___ DAYPRO	___ PERCODAN	___ VIOXX
___ DEMEROL	___ PLAQUENIL	___ VOLTAREN

Algun otro medicamento analgésico o anti-inflamatorio no mencionado arriba:

¿Ha tomado o está tomando **ESTEROIDES**? ☐ Sí ☐ No

Nombre de esteroide: _____

Explique la razón por la cual toma o estuvo tomando esteroides: _____

Dosis del esteroide: _____ mg. por _____ días _____ semanas _____ meses _____ años

PRUEBAS que usted se haya hecho (para su **PROBLEMA ACTUAL**):

- | | |
|---------------------------------------|--|
| ☐ Radiografías | ☐ Pruebas de Sangre |
| ☐ C.A.T. scan | ☐ Artroscopía Diagnóstica |
| ☐ Scan Oseo | ☐ Prueba de Conducción Nerviosa |
| ☐ Artrograma | ☐ Análisis de Fluidos |
| ☐ M.R.I. | ☐ Otros: _____ |

¿INYECCIONES PREVIAS? ☐ Sí ☐ No

Si contestó **SI**, favor de indicar el número de inyecciones:_____

Lasl inyecciones: ☐ Ayudaron ☐ No ayudaron

Si **AYUDARON**, ¿por cuanto tiempo?: ____dias ____semanas ____meses ____ años

¿Cuándo fue su **ÚLTIMA INYECCION**? ____dias ____semanas ____meses ____ años

¿Alguna vez ha tenido **TERAPIA FISICA**?: ☐ Sí ☐ No

Si contesto **SI**, la terapia: ☐ Ayudo ☐ No ayudo

Por favor dar los nombres de otros **CIRUJANOS ORTOPEDAS** que haya visto:

Primer y ultimo nombre:_____

Télefono:_____ Ciudad y Estado :_____

Primer y ultimo nombre:_____

Télefono:_____ Ciudad y Estado :_____

Primer y ultimo nombre:_____

Télefono:_____ Ciudad y Estado :_____

¿Recomendó alguno de ellos cirugía? ☐ Sí ☐ No

¿Qué tipo de cirugía le recomendaron?:_____

HISTORIA SOCIAL/VIVIENDA:

Usted vive con: ☐ Esposo/Esposa ☐ Familiares
☐ Novio/Novia ☐ Amigos
☐ Otro: _____

Usted vive en: ☐ Casa
☐ Apartamento: (Que piso? _____)
☐ Asilo de Ancianos
☐ Casa de Viviendo Asistida
☐ Otro: _____

¿Hay escaleras?: ☐ Sí ☐ No

¿Existe elevador? ☐ Sí ☐ No

En caso de necesitar cirugía, ¿quién cuidara e usted mientras se recupera?

☐ Mis familiares ☐ Mi hijo/hija
☐ Mi esposo/esposa ☐ Mi novio/novia ☐ Otro: _____

HISTORIA FAMILIAR: ¿Ha tenido alguien en su familia historial de...?

Condición/Enfermedad:

Relación:

Necrosis Avascular (AVN)	☐ Sí ☐ No ☐ No lo se	_____
Cáncer (CA)	☐ Sí ☐ No ☐ No lo se	_____
Diabetis (DM)	☐ Sí ☐ No ☐ No lo se	_____
Enfermedad del Corazón (CAD)	☐ Sí ☐ No ☐ No lo se	_____
Colesterol Elevado	☐ Sí ☐ No ☐ No lo se	_____
Alteraciones de la Coagulación	☐ Sí ☐ No ☐ No lo se	_____
Hipertensión/Alta Presión (HTN)	☐ Sí ☐ No ☐ No lo se	_____
Osteoartritis (OA)	☐ Sí ☐ No ☐ No lo se	_____
Artritis Reumatoidea (RA)	☐ Sí ☐ No ☐ No lo se	_____
Lupus Eritematoso Sistémico (SLE)	☐ Sí ☐ No ☐ No lo se	_____
Derrame Cerebral	☐ Sí ☐ No ☐ No lo se	_____

Comentarios adicionales: _____

ALERGIAS: Por favor nombre las medicinas o comidas a las cuales usted es alérgico en los espacios apropiados:

- ☐ Polen
☐ Medicinas: _____
☐ Comida: _____
☐ Otro: _____
☐ No soy alérgico

Por favor, liste **TODOS** los medicamentos que usted está tomando actualmente, la dosis y por cuanto tiempo los ha estado tomando:

Ejemplo: 1. Coumadin, 5 mg., al día, por 2 semanas
2. Percocet, 1 tab, cada 6 horas, por 7 días

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

HABITOS: ¿Consume usted **BEBIDAS CON CAFEINA?** (incluye **CAFÉ, CHOCOLATE, TE, SODAS**, etc.)

AHORA: ☐ Nunca ☐ Ocasionalmente ☐ Moderado ☐ Mucho

ANTES: ☐ Nunca ☐ Ocasionalmente ☐ Moderado ☐ Mucho

¿Numero aproximado de tazas al día?: _____

¿Consume usted **BEBIDAS ALCOHOLICAS?** (incluye **CERVEZA, VINO, RON, WHISKEY**, etc):

AHORA: ☐ Nunca ☐ Ocasionalmente ☐ Moderado ☐ Mucho

ANTES: ☐ Nunca ☐ Ocasionalmente ☐ Moderado ☐ Mucho

¿Numero aproximado de bebidas al día?: _____

¿Usted fuma o usa **TABACO** en alguna forma? (**INHALADO, MASTICADO**, etc.):

AHORA: ☐ Nunca ☐ Ocasionalmente ☐ Moderado ☐ Mucho

ANTES: ☐ Nunca ☐ Ocasionalmente ☐ Moderado ☐ Mucho

¿Numero aproximado de cigarillos o paquetes al dia? _____

¿Hace cuanto tiempo que fuma?: _____

CONDICION MEDICA GENERAL:

Por favor, marque **TODOS LOS ESPACIOS** que apliquen, y explique de ser necesario:

Estatura: ____ PIES ____ PULGADAS **Peso:** ____ LIBRAS

A. Salud General:

- ☐ Excelente
- ☐ Buena
- ☐ Regular
- ☐ Pobre

B. Cabeza:

- ☐ Dolores de cabeza
- ☐ Heridas previas
- ☐ Otra: _____

C. Cuello:

- ☐ Rigidez
- ☐ Dolor
- ☐ Artritis
- ☐ Problema de tiroides
- ☐ Otra: _____

D. Piel:

- ☐ Infecciones
- ☐ Ampollas
- ☐ Psoriasis
- ☐ Otra: _____

E. Ojos:

- ☐ Ceguera: ☐ Derecho ☐ Izquierdo ☐ Ambos
- ☐ Espejuelos o lentes de contacto
- ☐ Glaucoma
- ☐ Vision Borrosa: ☐ Derecho ☐ Izquierdo ☐ Ambos
- ☐ Cataratas: ☐ Derecho ☐ Izquierdo ☐ Ambos
- ☐ Otros: _____

F. Constitucion:

- ☐ Fiebres
- ☐ Escalofrios
- ☐ Malestar
- ☐ Perdida de peso
- ☐ Otros: _____

G. Oídos:

- ☐ Pérdida de Audición: ☐ Derecho ☐ Izquierdo ☐ Ambos
☐ Audífono
☐ Tinnitus / Zumbido
☐ Infección
☐ Otros: _____

H. Nariz y Garganta:

- ☐ Sangrado
☐ Ronquera
☐ Pólipos
☐ Problemas de sinusitis
☐ Problemas al tragar
☐ Otros: _____

I. Sistema Respiratorio:

- ☐ Asma
☐ Pitidos o sibilancias
☐ Tos crónica
☐ Falta de aire
☐ Toser o expectorar sangre
☐ Dolor al respirar
☐ Tuberculosis
☐ Otros: _____

J. Sistema Cardiovascular:

- ☐ Dolor de pecho
☐ Enfermedades del corazón (INFARTOS, ARRITMIAS, DEFECTOS, etc.)
Fecha del Evento: _____
☐ Calambres en las piernas: (por la noche o al caminar)
☐ Latidos: (irregulares o rápidos)
☐ Presión arterial: ☐ alta ☐ baja
☐ Pies o dedos fríos
☐ Sudoración en los pies o dedos
☐ Otros: _____

K. Sangre:

- ☐ Anemia
☐ Problemas de sangrado
☐ Coagulos
☐ Moretones
☐ Sangramiento prolongado despues de afeitarse
☐ Otros: _____

L. Estómago e Intestinos:

- ☐ Ulcera
- ☐ Pérdida del Apetito
- ☐ Hinchazón
- ☐ Estreñimiento
- ☐ Hemorroides
- ☐ Colitis
- ☐ Nausea/Vómito
- ☐ Dolor
- ☐ Cambios en hábitos intestinales
- ☐ Problemas en la vesícula
- ☐ Pancreatitis
- ☐ Sangramiento
- ☐ Otros: _____

M. Sistema Urinario:

- ☐ Goteo de orina
- ☐ Olor fuerte de la orina
- ☐ Dolor al orinar
- ☐ Dolor de espalda
- ☐ Ulceraciones en los genitales o área genital
- ☐ Descarga o drenaje
- ☐ Sangre en la orina
- ☐ Orina frecuentemente
- ☐ Orina en la noche
- ☐ Problemas al comenzar o terminar de orinar
- ☐ Infecciones urinarias
- ☐ Otros: _____

N. Problemas Metabólicos:

- ☐ Diabetes
- ☐ Hipoglicemia (Azúcar baja en la sangre)
- ☐ Problemas de tiroides
- ☐ Colesterol alto
- ☐ Otros: _____

O. Sistema Neurológico:

- ☐ Convulsiones (epilepsia)
- ☐ Parálisis
- ☐ Desmayos
- ☐ Derrame o Embolia Cerebral
- ☐ Adormecimiento
- ☐ Otros: _____

P. Psicológico:

- ☐ Ataque de nervios
- ☐ Llanto frecuente
- ☐ Tensión
- ☐ Se siente triste
- ☐ Ansiedad
- ☐ Propenso a mucha tensión (stress)
- ☐ Insomnia
- ☐ Exhausto
- ☐ Otros: _____

Q. Enfermedades o Infecciones Previas:

- ☐ Hepatitis
- ☐ Transmisión Sexual: (Sífilis, SIDA, Herpes, otras...: _____)
- ☐ Cáncer: (que clase): _____
- ☐ Infecciones: (que clase): _____
- ☐ Otras: _____

R. Historial Femenino:

- ☐ Menopausia
- ☐ Menstruando: (Fecha de la última menstruación: _____)
- ☐ Anticonceptivos orales
- ☐ Dispositivo intra-uterino (I.U.D.s)

S. Número de Embarazos: _____

T. Número de Partos Vivos: _____

U. Cirugías Previas: (Por favor especifique el día que el procedimiento fue realizado.)

- ☐ Fusión de cuello
- ☐ Fusión de espalda
- ☐ Cirugía en el cerebro
- ☐ Cirugía de tiroides
- ☐ Cirugía de corazón abierto
- ☐ Cirugía de intestino
- ☐ Cirugía de riñón
- ☐ Histerectomía
- ☐ Cálculos renales
- ☐ Extirpación de disco intervertebral
- ☐ Cirugía de torax
- ☐ Cirugía de catarata: ☐ Derecho ☐ Izquierdo ☐ Ambos
- ☐ Cirugía de estómago
- ☐ Colostomía
- ☐ Cirugía de vesícula
- ☐ Cesárea
- ☐ Apendicectomía
- ☐ Cirugía de próstata
- ☐ Angioplastia coronaria
- ☐ Reparación de vejiga
- ☐ Hemorroidectomía
- ☐ Ligadura de trompas (mujer)
- ☐ Cirugía vascular
- ☐ Ligadura de venas
- ☐ Reparación de hernia inguinal: ☐ Derecho ☐ Izquierdo ☐ Ambos
- ☐ Otros: _____
- ☐ **Complicaciones con:** ☐ Anestesia ☐ Coagulos ☐ Infección

Esta información es estrictamente VOLUNTARIO, TOTALMENTE CONFIDENCIAL, y se usa para PROPOSITOS DE INVESTIGACION solamente:

¿Cuál es su Nivel de Ingreso Annual en el Hogar?:

- ☐ Menos de \$13,000
- ☐ Desde \$13,001 hasta \$19,999
- ☐ Desde \$20,000 hasta \$39,999
- ☐ Desde \$40,000 hasta \$59,999
- ☐ Desde \$60,000 hasta \$79,999
- ☐ Desde \$80,000 hasta \$99,999
- ☐ Mas de \$100,000
- ☐ Prefiero no contestar