

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

CUESTIONARIO DE CADERA Y RODILLA

Estimado Paciente:

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

Gracias de antemano por su cooperación.

Atentamente,

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

[Office Forms\Hip & Knee 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:_____

Número de Seguro Social:

Número de Licencia de Conducir:

Correo Electrónico: _____

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

Religión (MARQUE SOLO UNA):

☐ Judía ☐ Católica ☐ Protestante ☐ Testigo de Jehová ☐ 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 trabajo?: ____/____/____

¿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

☐ Abogado

☐ Paginas amarillas

☐ Otro paciente (nombre): _____ ☐ Otro _____

Médico que lo refirió a usted: _____ **Teléfono:** _____

Médico Primario: _____ **Teléfono.:** _____

Información de farmacia: _____ **Teléfono:** _____

PROBLEMA ACTUAL

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

Edad: _____

Cadera: ☐ Izquierda ☐ Derecha ☐ Ambas ☐ Otra: _____
Rodilla: ☐ Izquierda ☐ Derecha ☐ Ambas

¿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 ☐ Otra: _____

¿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 física? (MARQUE SOLO UNA):

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

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

☐ Agudo o punzante ☐ Sordo ☐ Otra: _____

¿En que parte de la rodilla siente dolor? (MARQUE TODAS LAS QUE APLIQUEN):

☐ En toda la rodilla ☐ En la parte interior de la rodilla
☐ Al frente en la rodilla ☐ En la parte de atrás de la rodilla
☐ En la parte exterior de la rodilla ☐ No tengo dolor en la rodilla
☐ En la cicatriz ☐ Otra: _____

¿En que parte de la cadera siente dolor? (MARQUE TODAS LAS QUE APLIQUEN):

- | | | |
|--|--|--------------------------------------|
| ☐ En la ingle | ☐ Al frente del muslo | ☐ Otra: _____ |
| ☐ En la nalga | ☐ En la parte externa del muslo | |
| ☐ En la parte interna del muslo | ☐ No tengo dolor en la cadera | |

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

- | | | |
|--------------------------------------|--|--------------------------------------|
| ☐ Al caminar | ☐ Al subir o bajar escaleras | ☐ Otra: _____ |
| ☐ 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 | ☐ Otra: _____ |
| ☐ 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, tenis, 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.
- ☐ Disabilitado – Explica _____
- ☐ Otra: _____

En general, ¿qué tanto limita su cadera y/o rodilla, su capacidad para trabajar o para hacer sus actividades diarias? (MARQUE SOLO UNA):

- ☐ No estoy limitado.
- ☐ Ligeramente limitado.
- ☐ Moderadamente limitado.
- ☐ Extremadamente limitado.
- ☐ Totalmente limitado.

En general, ¿qué tanto limita su cadera y/o rodilla su actividad sexual? (MARQUE SOLO UNA):

- ☐ No estoy limitado.
- ☐ Ligeramente limitado.
- ☐ Moderadamente limitado.
- ☐ Grandemente limitado.
- ☐ Totalmente limitado.
- ☐ No estoy sexualmente activo por razones ajenas a mi cadera o rodilla.

¿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.

¿Siente usted alguna diferencia en el largo de sus piernas?

- ☐ Sí ☐ No ☐ No sé

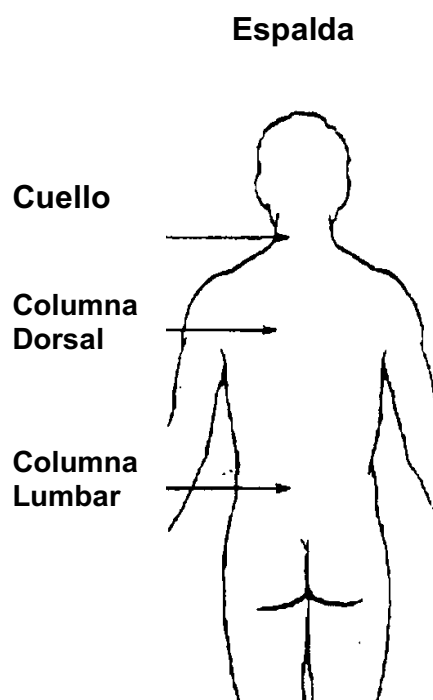
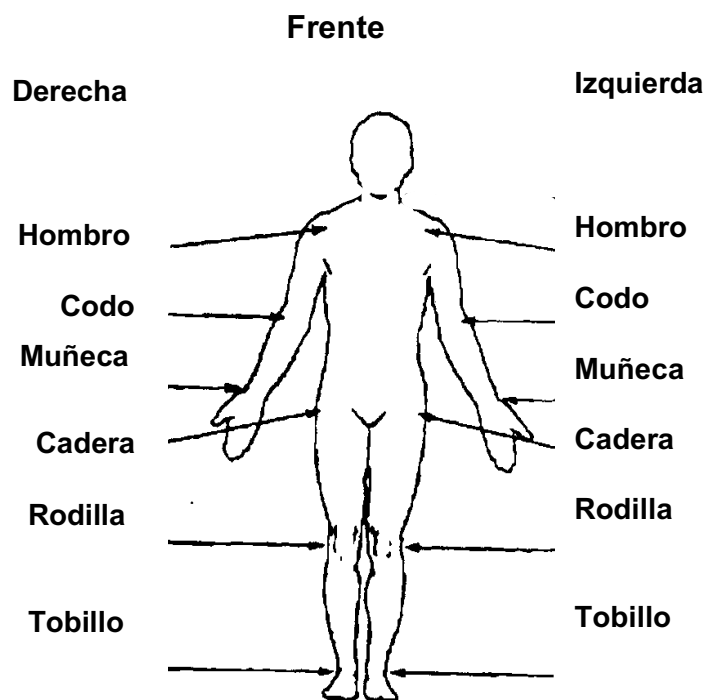
Si contestó **SI**, ¿cual pierna se siente más corta?

☐ Derecha ☐ Izquierda

Si contestó SI, ¿especifique cuantos más corta siente su pierna?

- | | |
|--|---|
| ☐ Menos de media pulgada | ☐ Entre 2 y 3 pulgadas |
| ☐ Entre media y una pulgada | ☐ Tres (3) pulgadas |
| ☐ Una (1) pulgada | ☐ Más de 3 pulgadas |
| ☐ Entre 1 y 2 pulgadas | ☐ No sé |
| ☐ Dos (2) pulgadas | |

En los dibujos siguientes, marque las otras áreas 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	___ NATURAL REMEDIES
___ ARTHROTEC	___ FELDENE	___ NSAIS
___ ASPIRIN	___ GOLD	___ OTC
___ CELEBREX	___ INDOCIN	___ PERCODAN
___ CLINORIL	___ LYRICA	___ PLAQUENIL
___ CODEINE	___ MORPHINE	___ PREDNISONE
___ DARVON	___ MOTRIN	___ RELAFEN
___ DAYPRO	___ NAPROSYN	___ TYLENOL
___ DEMEROL	___ NARCOTICS	___ TYLENOL #3
	___ NEURONTIN	___ VOLTAREN
	___ OTRA _____	

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

¿Ha tomado *OPIOIDES*? ☐ 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

¿Cuándo fue la ultima vez que lo usastes? _____

¿ Está tomando **OPIOIDES**? ☐ 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

¿Cuándo fue la ultima vez que lo usastes? _____

¿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

¿Cuándo fue la ultima vez que lo usastes? _____

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 |
| ☐ Análisis de Fluidos | ☐ M.R.I. |
| ☐ Otros: _____ | |

¿INYECCIONES PREVIAS? ☐ Sí ☐ No

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

¿Cuál inyeccion recibistes? _____

¿En donde se inyeccto? _____

Las inyecciones: ☐ Ayudaron ☐ No ayudaron

Si **AYUDARON**, ¿por cuanto tiempo?: _____ días _____ semanas _____ meses _____ años

¿Cuándo fue su **ÚLTIMA INYECCION**? _____ días _____ semanas _____ meses _____ años

¿Usted usa algún tipo de “rodillera o férula” en su cadera o rodilla? ☐ Sí ☐ No

Si contesto **SI**, que tipo? _____

La rodillera: ☐ Ayudo ☐ No ayudo

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

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

Cirugías previas en sus CADERAS:

☐ Artroscopia ☐ Reemplazo ☐ Osteotomía ☐ Fusión
☐ Decompresión del fémur
☐ Otras: _____

Nombre del Cirujano: _____

Fecha de la cirugía: _____ **Hospital:** _____

¿Hubo complicaciones? Tales como con:

☐ Anestesia ☐ Infección ☐ Catéter ☐ Sangramiento o coágulos ☐ Ninguno
☐ Otro: _____

Cirugías previas en sus RODILLAS:

☐ Artroscopia ☐ Reemplazo ☐ Osteotomía ☐ Descompresión
☐ Fusión ☐ Otras: _____

Nombre del Cirujano: _____

Fecha de la cirugía: _____ **Hospital:** _____

¿Hubo complicaciones? Tales como con:

☐ Anestesia ☐ Infección ☐ Catéter ☐ Sangramiento o coagulo ☐ Ninguno
☐ Otro: _____

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

Primer y ultimo nombre: _____

Teléfono: _____ Ciudad y Estado : _____

Primer y ultimo nombre: _____

Teléfono: _____ Ciudad y Estado : _____

Primer y ultimo nombre: _____

Teléfono: _____ 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 de 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
Diabetes (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?: _____

¿Con qué frecuencia usted toma una bebida que contiene alcohol en el último año?

- ☐ Nunca
- ☐ Mensualmente o menos
- ☐ 2 - 4 veces al mes
- ☐ 2 - 3 veces por semana
- ☐ 4 o más veces por semana

¿Cuántas bebidas usted tomo en un día típico cuando estabas bebiendo en el último año?

- ☐ Ninguno, no bebo
- ☐ 1 o 2
- ☐ 3 o 4
- ☐ 5 o 6
- ☐ 7 a 9
- ☐ 10 o más

¿Con cual frecuencia usted tomo seis o más bebidas en una ocasión en el año pasado?

- ☐ Nunca
- ☐ Menos de mensual
- ☐ Mensual
- ☐ Seminal
- ☐ Diariamente o casi diariamente

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

AHORA: ☐ Nunca ☐ Ocasionalmente ☐ Moderado ☐ Mucho

ANTES: ☐ Nunca ☐ Ocasionalmente ☐ Moderado ☐ Mucho

¿Numero aproximado de cigarrillos o paquetes al día? _____

¿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 lente de contacto | ☐ Derecho | ☐ Izquierdo | ☐ Ambos |
| ☐ Glaucoma | ☐ Derecho | ☐ Izquierdo | ☐ Ambos |
| ☐ 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 | ☐ Derecho | ☐ Izquierdo | ☐ Ambos |
| ☐ Tinnitus / Zumbido | ☐ Derecho | ☐ Izquierdo | ☐ Ambos |
| ☐ Infección | ☐ Derecho | ☐ Izquierdo | ☐ Ambos |
| ☐ 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
- ☐ Sleep Apnea/CPAP
- ☐ 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
- ☐ Coágulos
- ☐ Moretones
- ☐ Sangramiento rectal
- ☐ Sangramiento en la boca
- ☐ Sangramiento prolongado después de afeitarse o cortes pequeños
- ☐ Otros:_____

L. Estómago e Intestinos:

- ☐ Ulcera
- ☐ Pérdida del Apetito
- ☐ Hinchazón
- ☐ Estreñimiento
- ☐ Hemorroides
- ☐ IBS
- ☐ Colitis
- ☐ Diverticular Disease
- ☐ 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. Rheumatoid

- ☐ Lupus
- ☐ RA
- ☐ Osteoporosis
- ☐ Otros: _____

Q. Psicológico:

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

R. Enfermedades o Infecciones Previas:

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

S. Historial Femenino:

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

T. Número de Embarazos: _____

U. Número de Partos Vivos: _____

V. 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 tórax
- ☐ Cirugía de catarata:
- ☐ 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
- ☐ Otros: _____

¿Hubo complicaciones? Tales como con:

- ☐ Anestesia ☐ Infección ☐ Catéter ☐ Sangramiento o coagulo ☐ Ninguno
- ☐ Otro: _____

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

¿Cuál es su Nivel de Ingreso Anual 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