

CARLOS. J. LAVERNIA, M.D.
Cirugía Ortopédica
Ph: (305) 484-97247
Fax: (786) 667-8723

CUESTIONARIO DE HOMBRO

Estimado Paciente:

Como esta es su primera visita a nuestra oficina, le agradeceríamos que se tome unos minutos para darnos la información médica y ortopédica más completa posible.

Gracias por su cooperación.

Atentamente,

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

Sec C:\WordPerfect Files\Office Forms\Cuestionario\Hombro - Español.doc
(revised 11/2002)

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
☐ Other

¿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 Etnico:

☐ Afro-Americano ☐ Caucasico ☐ Asiatico/Islas Pacifica ☐ Arabe ☐ Nativo-American
☐ Hispano/Descendencia (favor de especificar): _____ ☐ Otro: _____

Religión (MARQUE SOLO UNA):

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

Nombre del Paciente: _____
Hombro/Español 05/14/19

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 **SÍ**, favor de llenar la siguiente información:

Nombre de la Compañía de Seguros: _____

Nombre del Ajustador (Case Manager): _____

Nombre 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 **SÍ**, por favor de llenar la siguiente información:

Nombre del Abogado: _____

Número del Teléfono: _____ Número de Caso: _____

¿Quién 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.: _____

Nombre del Paciente: _____
Hombro/Español 05/14/19

EDAD: _____

Problema Actual

(Por favor marque TODAS las que apliquen)

Hombro: ☐ Izquierdo ☐ Derecho ☐ Ambos

¿Cuándo comenzó su dolor? ☐ Días ☐ Semanas ☐ Meses ☐ Años

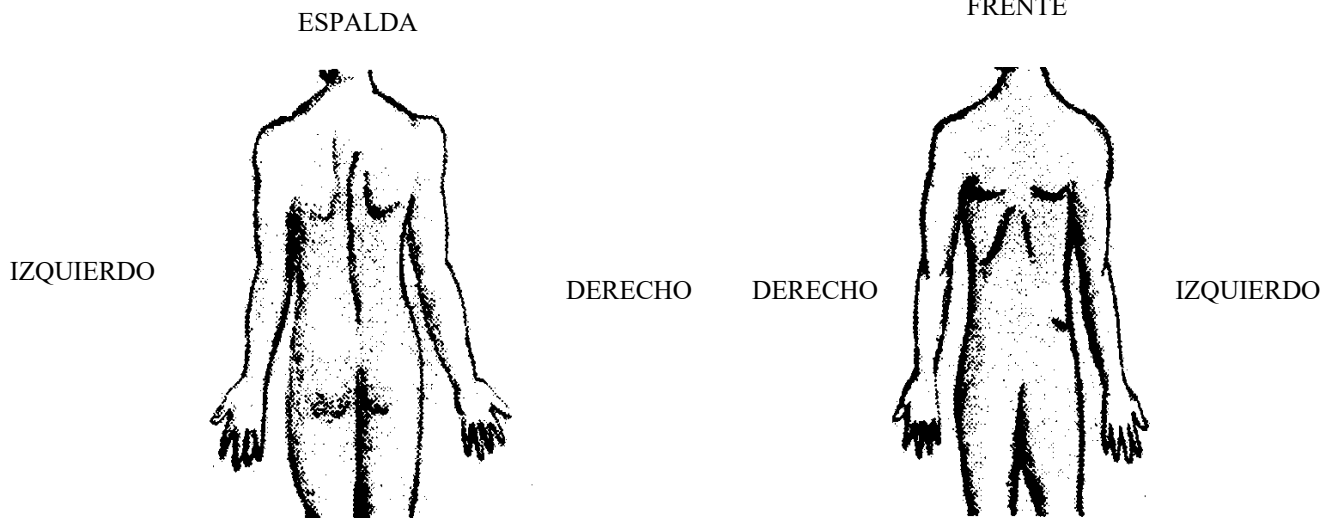
¿Cuándo comenzó a empeorar su dolor? ☐ Días ☐ Semanas ☐ Meses ☐ Años

Razón por cual comenzó su dolor: (Marque TODAS las que apliquen)

☐ Torcedura ☐ Fractura ☐ Contusión ☐ Espontáneamente

☐ Caída ☐ Accidente de auto ☐ Otro: _____

Por favor marque con una X el área en el diagrama donde sienta dolor.



Por favor marque con una X el área en el diagrama donde sienta dolor.
Para las 2 siguientes preguntas: Marque una X sobre la línea en el sitio que mejor responda a su dolor. Al responder por favor tenga en cuenta la sensación que se le esta preguntando.

LADO DERECHO

1. ¿Cuál es la intensidad de su dolor la mayor parte del tiempo?

Leve _____ Severo

2. ¿Qué tan frecuente tiene el dolor descrito en la pregunta anterior?

Casi nunca _____ Todo el tiempo

LADO IZQUIERDO

1. ¿Cuál es la intensidad de su dolor la mayor parte del tiempo?

Leve _____ Severo

2. ¿Qué tan frecuente tiene el dolor descrito en la pregunta anterior?

Casi nunca _____ Todo el tiempo

Siente usted...? (Marque TODAS las que apliquen)

- | | |
|--------------------------------------|---|
| ☐ Dolor | ☐ Bloqueo |
| ☐ Hinchazón | ☐ Pérdida de Movimiento |
| ☐ Debilidad | ☐ Molestia |
| ☐ Adormecimiento | |

¿Cómo es su dolor (la mayor parte del tiempo)? MARQUE SOLO UNA

- ☐ Ninguno
- ☐ Leve u ocasional
- ☐ Sólo al usar el brazo
- ☐ Moderado a severo usando el brazo
- ☐ Severo por la noche
- ☐ Intenso y permanente
- ☐ Imposibilitado de realizar actividades

¿Cómo es su dolor en la noche? MARQUE SOLO UNA

☐ Ningún dolor ☐ Continuo ☐ Intermitente

¿Cómo es su dolor sin actividad física? MARQUE SOLO UNA

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

**Describa exactamente como es el dolor que siente en su hombro:
(Marque todas las que apliquen)**

- ☐ Constante e intolerable que requiere el uso de medicamentos fuertes
- ☐ Constante, pero tolerable, ocasionalmente requiere uso de medicamentos fuertes
- ☐ Presente durante actividades ligeras, no en reposo, requiere uso frecuente de salicilatos
- ☐ Presente durante actividades intensas, requiere el uso ocasional de salicilatos
- ☐ Ocasional en reposo
- ☐ No tengo dolor

Debido al dolor en su hombro, usted...

- ☐ esta imposibilitado para usar su brazo
- ☐ puede usar su brazo para actividades ligeras
- ☐ puede usar su brazo para trabajos domésticos ligeros y la mayoría de actividades del diario vivir
- ☐ puede usar su brazo para casi todo los trabajos domésticos, compras, conducir, peinarse, vestirse y desvestirse, incluyendo (si aplica) abrocharse el sostén.
- ☐ tiene poca restricción, y ese brazo puede utilizarse para realizar trabajos por arriba del nivel del hombro
- ☐ es capaz de hacer todas sus actividades normalmente

Los síntomas empeoran al: (Marque TODAS las que aplican)

- ☐ hacer ejercicio
- ☐ levantar objetos pesados
- ☐ cargar objetos pesados

Los síntomas mejoran: (Marque TODAS las que aplican)

- ☐ Con reposo (descanso)
- ☐ Con terapia física
- ☐ Al usar hielo
- ☐ Con ejercicio
- ☐ Con medicación
- ☐ No mejoran

Nivel de Actividad: MARQUE SOLO UNA

- ☐ Requiere asistencia para todas las actividades
- ☐ Independiente en sus actividades
- ☐ Actividades del diario vivir dentro de la casa
- ☐ Actividades del diario vivir fuera de la casa

¿Cual es el factor que le limita mas a usted en sus actividades? MARQUE SOLO UNA

- ☐ Nada limita mis actividades
- ☐ Dolor o limitación de movimiento en mi hombro izquierdo
- ☐ Dolor o limitación de movimiento en mi hombro derecho
- ☐ Dolor en otra área: _____
- ☐ Otro problema de salud

¿Cuál frase describe mejor su situación de trabajo durante el mes pasado? MARQUE UNA

- ☐ Trabajó tiempo completo
- ☐ Trabajó medio tiempo
- ☐ Desempleado debido a su salud
- ☐ Desempleado, buscando trabajo
- ☐ Retirado, o renunció debido a su hombro u otro problema articular
- ☐ Retirado por razones no relacionadas con mi hombro u otra articulación
- ☐ Ama de casa a tiempo completo, o, estudiante a tiempo completo

En general, ¿qué tanto, su hombro u otra articulación afectada, limita su capacidad para trabajar? MARQUE SOLO UNA

- ☐ Sin límite
- ☐ Ligeramente limitado
- ☐ Moderadamente limitado
- ☐ Grandemente limitado
- ☐ Totalmente limitado
- ☐ No estoy trabajando por razones no relacionadas a mi hombro u otra articulación

¿Qué tanto, su hombro u otra articulación limita su actividad sexual?

MARQUE SOLO UNA

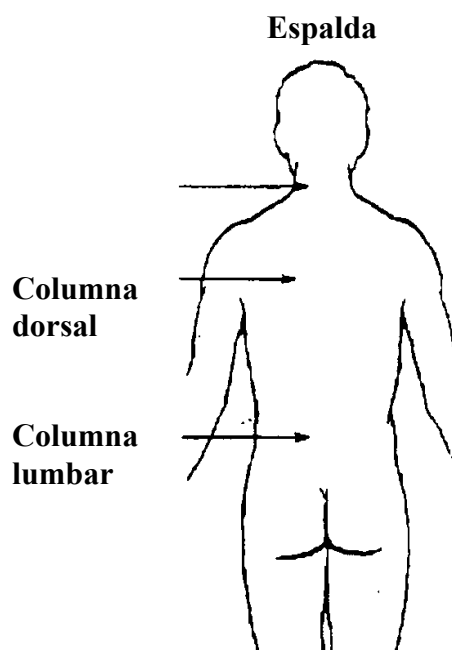
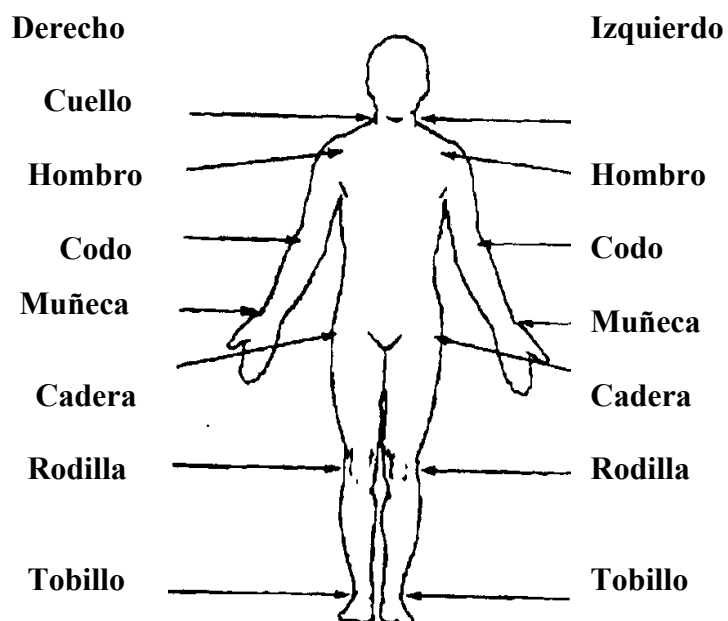
- ☐ Sin límite
- ☐ Ligeramente limitado
- ☐ Moderadamente limitado
- ☐ Grandemente limitado
- ☐ Totalmente limitado
- ☐ No estoy sexualmente activo por razones no relacionadas a mi hombro u otra articulación

En general, ¿qué tan limitado esta usted para realizar sus actividades cotidianas?

MARQUE SOLO UNA

- ☐ No estoy limitado
- ☐ Ligeramente limitado
- ☐ Moderadamente limitado
- ☐ Grandemente limitado
- ☐ Totalmente limitado

En los dibujos siguientes MARQUE las otras áreas donde tiene dolor.



Por favor marque con una “**A**” TODAS las medicaciones que usted actualmente está tomando para ese dolor, y con una “**P**” aquellas que tomó 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 otra droga analgésica o anti-inflamatoria no mencionada arriba _____

¿Ha tomado o está usted tomando ESTEROIDES? O Sí O No

Nombre del esteroide: _____

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

Dosis del esteroide: ____ | ____ | ____ | ____ mg/día por ____ 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 |
| ☐ MRI | ☐ Otros _____ |

INYECCIONES PREVIAS? ☐ Sí ☐ No

¿INYECCIONES PREVIAS? ☐ Sí ☐ No

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

Las inyecciones: ☐ Ayudaron ☐ No ayudaron

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

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

¿Ha tenido **TERAPIA FISICA**? ☐ Sí ☐ No

Si tuvo: ☐ Ayudo ☐ No Ayudo

¿Cirugías previas en sus Hombros?

☐ Artroscopía ☐ Reemplazo ☐ Osteotomía ☐ Fusión ☐ Otras

Fecha de la cirugía: _____

¿ Hubo complicaciones? Tales como con: ☐ Anestesia ☐ Infección ☐ Catéter

☐ Sangramiento o coagulo ☐ Ninguno ☐ Otro: _____

Por favor nombre otros **CIRUJANOS ORTOPEDAS** que usted haya visto:

Apellido, Nombre: _____

Teléfono: _____

Apellido, Nombre: _____

Teléfono: _____

¿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?

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

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

Condición/Enfermedad:

Relación:

Necrosis Avascular (AVN)	O Sí	O No	O No lo se	
Cáncer (CA)	O Sí	O No	O No lo se	
Diabetes (DM)	O Sí	O No	O No lo se	
Enfermedad del Corazón (CAD)	O Sí	O No	O No lo se	
Colesterol Elevado	O Sí	O No	O No lo se	
Alteraciones de la Coagulación	O Sí	O No	O No lo se	
Hipertensión/Alta Presión (HTN)	O Sí	O No	O No lo se	
Osteoartritis (OA)	O Sí	O No	O No lo se	
Artritis Reumatoidea (RA)	O Si	O No	O No lo se	
Lupus Eritematoso Sistémico (SLE)	O Sí	O No	O No lo se	
Derrame Cerebral	O Sí	O No	O 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 detalle **TODOS** los medicamentos que usted está tomando actualmente, la dosis y por cuanto tiempo la ha estado tomando:

Ejemplo: 1. Cumadina 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, 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 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 lentes de contacto | | | |
| ☐ Glaucoma | | | |
| ☐ Visión Borrosa | ☐ Derecho | ☐ Izquierdo | ☐ Ambos |
| ☐ Cataratas | ☐ Derecho | ☐ Izquierdo | ☐ Ambos |
| ☐ Otro: _____ | | | |

F. Constitución:

- ☐ Fiebres
- ☐ Escalofríos
- ☐ 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
☐ 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
☐ Otros: _____

L. Estómago e Intestinos

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

M. Sistema Urinario

- ☐ Goteo de orina
- ☐ Olor fuerte de la orina
- ☐ Dolor al orinar
- ☐ Dolor de espalda
- ☐ Dolor 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: _____

N. 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)
- ☐ Insomnio
- ☐ 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.Ds)

S. Número de Embarazos (Mujeres solamente): _____

T. Número de Nacidos Vivos (Mujeres solamente): _____

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 tórax
- ☐ Cirugía de catarata: ☐ IZQUIERDO ☐ DERECHO ☐ 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:

¿Cual 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
- ☐ Más de \$100,000
- ☐ Prefiero no contestar