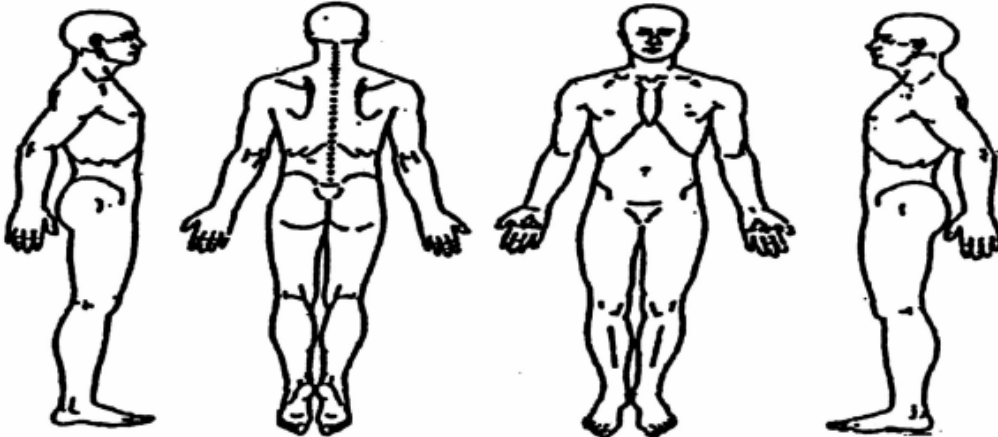


HISTORIAL CLÍNICO

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

1. Es el problema de hoy causado por: Accidente automovilístico Compensación de trabajo

2. Indique en el dibujo debajo donde tiene dolencias/síntomas



3. Que tan frecuente presenta los síntomas?

- Constantemente (76-100% del tiempo) Ocasionalmente (26-50% del tiempo)
 Frecuentemente (51-75% del tiempo) Intermitentemente (1-25% del tiempo)

4. Como describiría el tipo de dolencia?

- | | |
|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Agudo | <input type="checkbox"/> Dormido |
| <input type="checkbox"/> Sordo | <input type="checkbox"/> Hormigueo |
| <input type="checkbox"/> Difuso | <input type="checkbox"/> Agudo con movimiento |
| <input type="checkbox"/> Incomoda | <input type="checkbox"/> Fuerte con movimiento |
| <input type="checkbox"/> Quemante | <input type="checkbox"/> Punzante con movimiento |
| <input type="checkbox"/> Fuerte | <input type="checkbox"/> Eléctrico con movimiento |
| <input type="checkbox"/> Rígido | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

5. Como cambian sus síntomas con el tiempo?

- Empeoran Se mantienen igual Mejoran

6. Usando una escala del 0-10 (10 siendo lo peor), en que posición colocaría su problema?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (circule el número que mejor lo describe)

7. Cuanto a interferido el problema con su trabajo?

- en lo absoluto un poco moderadamente considerablemente bastante

8. Cuanto ha interferido el problema con su vida social?

- en lo absoluto un poco moderadamente considerablemente bastante

9. Ha quien más a acudido por su problema?

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Quiropráctico | <input type="checkbox"/> Neurólogo | <input type="checkbox"/> Doctor general |
| <input type="checkbox"/> Doctor de emergencia | <input type="checkbox"/> Ortopedista | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Masajista | <input type="checkbox"/> Terapeuta físico | <input type="checkbox"/> Nadie |

10. Por cuanto tiempo ha tenido el problema? _____

11. Como cree que comenzó el problema?

12. Considera usted que este problema sea severo?

- Si Si, a veces No

13. Que agrava el problema?

14. Que es lo que más le preocupa de su problema; que es lo que le impide hacer?

15. Cual es su: **Estatura** _____ **Peso** _____ **Edad** _____
Ocupación _____

16. Como calificaría su salud en general?

- Excelente Muy buena Buena Regular Pobre

17. Que tipo de ejercicio realiza?

- Agitador Moderado Liviano Ninguno

18. Indique si usted tiene algún familiar inmediato con algunas de las siguientes:

- Artritis Reumatoide Diabetes Lupus
 Problemas del corazón Cáncer Esclerosis Lateral Amiotrófica

19. Para cada una de las condiciones en listadas debajo, ponga una 'X' en la columna "pasado" si ha presentado la condición en el pasado. Si usted presenta una actualmente, ponga una 'X' en la columna "presente"

Pasado	Presente	Pasado	Presente	Pasado	Presente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Presión Alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dolor de Cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Infarto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sed excesiva
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dolor de Espalda Superior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dolor de Pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Micción frecuente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dolor de Espalda Media	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Derrame	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fumador/uso de tabaco
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dolor de Espalda Baja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Angina de Pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dependencia Alcohol/drogas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dolor de Hombro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Piedras en los Riñones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Alergias
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dolor de la parte superior del Brazo/Codo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Problemas de Riñone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Depresión
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dolor de Muñeca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Infección Urinaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Lupus Eritematoso
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dolor de Mano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dolor al Orinar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Epilepsia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dolor de Cadera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Incontinencia Urinaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dermatitis/Escama/Sarpullido
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dolor de la parte superior de la Pierna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Problemas Prostáticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> HIV/AIDS
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dolor de Rodilla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Perdida o Aumento de peso anormal		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dolor de Tobillo/Pie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Perdida de Apetito	solo para mujeres	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dolor de Mandíbula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dolor Abdominal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pastillas Anticonceptivos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dolor/Rigidez en las Articulación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ulceras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Reemplazo Hormonal
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Embarazo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Artritis Reumatoide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Problema en el Hígado/Vesícula Biliar		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fatiga General		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tumor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Incordinación Muscular		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Problemas Visuales		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sinusitis Crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Mareos		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Otros: _____				

20. Haga una lista de todas los medicamentos con prescripción médica que esta tomando actualmente:

21. Haga una lista de todos los medicamentos sin prescripción que esta tomando actualmente:

22. Haga una lista de todos las cirugías que se le han realizado:

23. Que actividades realiza en el trabajo?

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sentarse: | <input type="checkbox"/> Mayor parte del día | <input type="checkbox"/> La mitad del día | <input type="checkbox"/> Poco tiempo durante el día |
| <input type="checkbox"/> De pie: | <input type="checkbox"/> Mayor parte del día | <input type="checkbox"/> La mitad del día | <input type="checkbox"/> Poco tiempo durante el día |
| <input type="checkbox"/> Trabajo en la Computadora: | <input type="checkbox"/> Mayor parte del día | <input type="checkbox"/> La mitad del día | <input type="checkbox"/> Poco tiempo durante el día |
| <input type="checkbox"/> En el Teléfono: | <input type="checkbox"/> Mayor parte del día | <input type="checkbox"/> La mitad del día | <input type="checkbox"/> Poco tiempo durante el día |

24. Que actividades realiza fuera del trabajo?

25. Ha sido hospitalizado alguna vez? No Si

Si si, por que _____

26. Ha tenido en el pasado un trauma importante? No Si

27. Algo más que le paresca relevante a su visita el día de hoy? _____

Firma del Paciente _____ Fecha: _____