

# Advanced Spine Care of Texas

Texas Orthopaedic Surgical Associates

## Formulario de Evaluación de Espalda

Nombre \_\_\_\_\_  
Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

Mano Dominante: ☐ Derecha ☐ Izquierda

Motivo de su Consulta: ¿Que parte de su espalda es su principal preocupación hoy?

☐ Espalda Baja/ Piernas ☐ Cuello/ Brazos ☐ Parte de Arriba de la Espalda

Inicio del Problema de la Columna Vertebral:

¿Cuándo empezó su problema/ síntoma? \_\_\_\_\_

¿Describa como sucedió o cuando empezó su problema: \_\_\_\_\_

Han cambiado sus síntomas desde que empezó su problema? \_\_\_\_\_

Ha tenido algún problema similar anteriormente? \_\_\_\_\_

Es su problema el resultado de una lesión de trabajo? ☐ Si ☐ No

Fecha estimada en la que ocurrió: \_\_\_\_\_

### Diagrama de Dolor:

Dibuje la ubicación y patrón de sus síntomas en su cuerpo donde ahora o mayormente tiene el problema. Incluya todas las áreas afectadas. Use los símbolos pertinentes que se indican abajo.

FRENTE

ATRAS

#### SÍMBOLOS:

DOLOR

>>>>

>>>>

ENDORMECIDO

=====

=====

PUNZANTE

////////

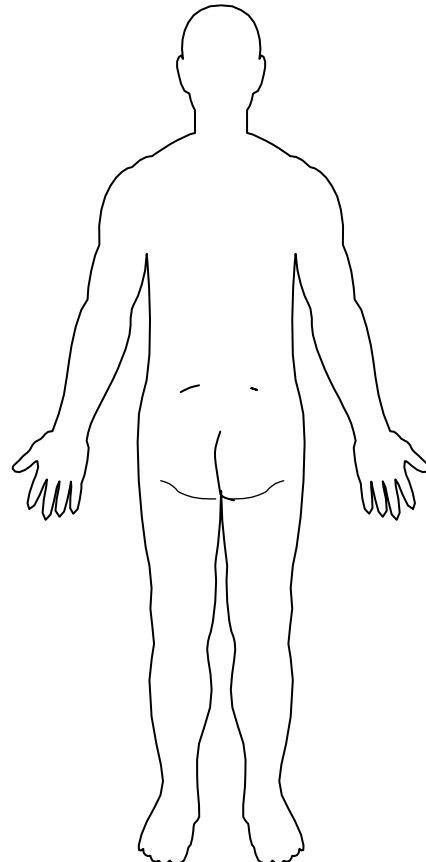
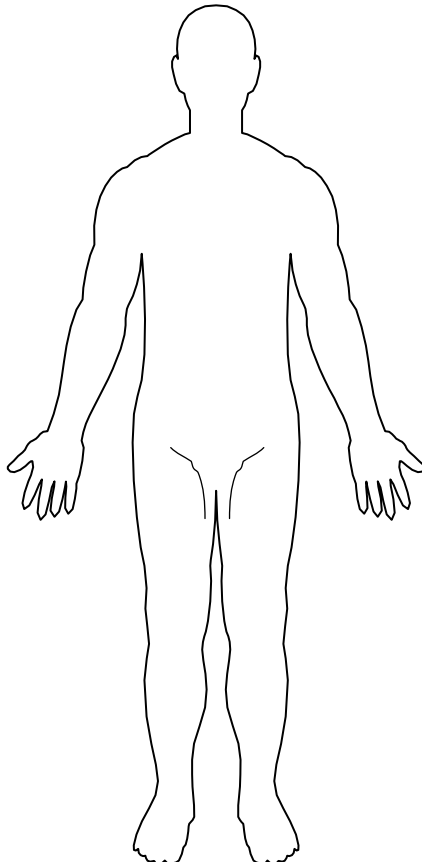
////////

ALFILERES Y/O

AGUJAS

oooo

oooo



### **SEVERIDAD DE DOLOR:**

Si 10 es el peor dolor que puede tener y 0 es ningún dolor, favor de indicar su dolor en las últimas **DOS SEMANAS**:

- a) Favor de indicar la intensidad de dolor en su espalda/ cuello: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
 b) Favor de indicar la intensidad de dolor en su pierna/ brazo: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

*Como le afectan las siguientes actividades a su problema?*

	No hay cambio	Alivia el Dolor	Aumenta el dolor	Después de cuanto tiempo?
Sentado				
Caminando				
Parado				
Acostado				
Doblandose hacia Frente				
Doblandose hacia atras				
Levantando algo				
Tosiendo/Estornudando				
Cambiando de Posicion				

Que otra posición o actividad afecta su síntoma? \_\_\_\_\_

Que hace para aliviar el dolor? \_\_\_\_\_

**Marque todas las que apliquen:**

- Vejiga: ☐ Normal ☐ Perdida de control o accidentes ☐ Dificultad para empezar a orinar  
☐ Urgencia de orinar  
 Intestino: ☐ Normal ☐ Perdida de control o accidentes  
 Problemas con la función sexual? ☐ No ☐ Si  
 Perdida de sensación en el área de la ingle, los genitales o nalgas? ☐ No ☐ Si  
 Debilidad en la pierna/ el pie? ☐ No ☐ Si ☐ Derecho ☐ Izquierdo  
 Debilidad en la mano/el brazo? ☐ No ☐ Si ☐ Derecho ☐ Izquierdo  
 Es su dolor solo de noche o lo despierta en la noche? ☐ No ☐ Si  
 Interfiere su dolor cuando duerme? ☐ No ☐ Si

### **Consulta, Tratamiento o Exámenes anteriores para el problema de espalda:**

#### *Efecto de Tratamiento*

	Ayudo	Empeoro su problema	No hubo diferencia
<input type="checkbox"/> Masajes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Terapia Física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Terapia Quiropráctica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Inyecciones en la espalda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- ☐ Radiografías ☐ MRI ☐ Myelogram ☐ CT Scan  
☐ Bone Scan ☐ EMG/NCV

Doctor que lo atendió: (Nombre, tipo de especialista, fecha de la consulta) \_\_\_\_\_

Medicamentos que a probado para el problema \_\_\_\_\_

## **Función:**

### **Intensidad de Dolor** (Marque solo una)

- 0 Puedo tolerar el dolor sin tener que usar medicamentos para el dolor.
- 1 El dolor es intenso pero lo controlo/aguanto sin tener que usar medicamento.
- 2 Los medicamentos me dan completo alivio para el dolor.
- 3 Los medicamentos me alivian moderadamente el dolor.
- 4 Los medicamentos me ayudan muy poco.
- 5 Los medicamentos no me ayudan.

### **Arreglo personal (Lavar, vestirse, etc.)** (Marque solo una)

- 0 Puedo hacer las cosas solo(a) sin que me de mas dolor.
- 1 Puedo hacer las cosas solo(a) pero sí me causa dolor.
- 2 Sí me aumenta el dolor pero soy cuidadoso(a).
- 3 Necesito ayuda pero mayormente me las arreglo solo(a).
- 4 Necesito ayuda con la mayor parte de mi arreglo personal.
- 5 No me cambio, me baño con dificultad y me quedo en la cama.

### **Levantar objetos** (Marque solo una)

- 0 Puedo levantar objetos pesados sin que me de mas dolor.
- 1 Puedo levantar cosas pesadas pero me causa más dolor.
- 2 El dolor hace que no pueda levantar cosas pesadas del piso pero lo puedo agarrar si están en una posición conveniente.
- 3 El dolor hace que no pueda levantar cosas pesadas pero si puedo levantar cosas livianas mientras estén en una posición conveniente.
- 4 Solo puedo levantar peso bien liviano.
- 5 No puedo levantar o cargar nada.

### **Caminar** (Marque solo una)

- 0 El dolor no me impide caminar cualquier distancia.
- 1 El dolor me impide caminar más de una milla.
- 2 El dolor me impide caminar más de ½ milla.
- 3 El dolor me impide caminar más de un ¼ de milla.
- 4 Solo puedo caminar con un bastón o muletas.
- 5 Estoy acostando la mayor parte del tiempo y tengo que gatear para el baño.

### **Sentado** (Marque solo una)

- 0 Puedo sentar en cualquier silla por el tiempo que desee.
- 1 Solo me puedo sentar en ciertos tipos de silla.
- 2 El dolor me impide estar sentado por más de 1 hora.
- 3 El dolor me impide estar sentado por más de 30 minutos.
- 4 El dolor me impide estar sentado por más de 10 minutos
- 5 El dolor me impide que me pueda sentar.

PUNTUACION \_\_\_\_\_

### **Parado** (Marque solo una)

- 0 Puedo estar de pie el tiempo que desee sin que aumente el dolor.
- 1 Puedo estar de pie el tiempo que desee pero me causa más dolor.
- 2 El dolor impide que pueda estar de pie por más de una hora
- 3 El dolor impide que pueda estar de pie por más de treinta minutos.
- 4 El dolor impide que pueda estar de pie por más de diez minutos.
- 5 El dolor me impide que pueda estar de pie.

### **Dormir** (Marque solo una)

- 0 El dolor no me impide dormir bien.
- 1 Solo duermo bien si uso medicamentos.
- 2 Aun usando medicamentos solo duermo menos de seis horas.
- 3 Aun usando medicamentos solo duermo menos de cuatro horas.
- 4 Aun usando medicamentos solo duermo menos de dos horas.
- 5 El dolor no me permite dormir.

### **Trabajo** (Marque solo una)

- 0 Mi trabajo no me causa dolor.
- 1 Mi trabajo incrementa mi dolor pero puedo realizar todo lo que se requiere de mí.
- 2 Puedo realizar la mayoría de mis deberes pero el dolor me impide realizar más trabajos pesados o estresantes.
- 3 El dolor solo me permite hacer trabajos livianos.
- 4 El dolor me impide hacer trabajos livianos.
- 5 El dolor me impide hacer cualquier tipo de trabajo.

### **Vida Social** (Marque solo una)

- 0 Mi vida social es normal y no me causa dolor adicional.
- 1 Mi vida social es normal pero incrementa mi dolor.
- 2 El dolor no tiene ningún efecto significativo en mi vida social aparte de no dejarme hacer cosas más energéticas.
- 3 El dolor me ha restringido mi vida social y ya no salgo tanto como antes.
- 4 El dolor me ha restringido mi vida social a solo estar en casa.
- 5 No tengo vida social por el dolor.

### **Viajar** (Marque solo una)

- 0 Puedo viajar a cualquier lugar sin dolor adicional.
- 1 Puedo viajar a cualquier lugar pero me incrementa el dolor.
- 2 El dolor es fuerte pero aguanto por más de 2 horas.
- 3 El dolor solo me deja viajar menos de 1 hora.
- 4 El dolor solo me deja viajar por periodos menos de 30 minutos.
- 5 El dolor solo me deja viajar al doctor o al hospital.

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Acct #: \_\_\_\_\_

**Previas cirugías de espalda:**

Tipo	Fecha	Cirujano	Mejoro el dolor?

**Para pacientes jóvenes con escoliosis:**

Antecedentes familiares con escoliosis \_\_\_\_\_

Antecedentes familiares con desordenes genéticos \_\_\_\_\_

¿Creció en altura en el pasado año? \_\_\_\_\_

Para las niñas: ¿Ha comenzado su menstruación y a que edad? \_\_\_\_\_

**Antecedentes Familiares:** ¿Ha tenido algún pariente consanguíneo alguna de las siguientes? Si su respuesta es sí, explique que pariente y el tipo de condición.

**Escoliosis Múltiple:** ☐ Sí \_\_\_\_\_

¿Cuándo fue su último examen físico? \_\_\_\_\_ Por quien? \_\_\_\_\_

Doctor primario o de familia? \_\_\_\_\_

**Historial Social:**

**Educación:** ¿Cuánta escuela ha completado?

☐ Menos de la preparatoria ☐ Obtuvo su diploma de preparatoria/GED ☐ Escuela Vocacional ☐ Universidad

☐ Grado Universitario ☐ Post Grado Universitario

**Estrés:** Ha tenido estrés o algún cambio significativo en alguna relación en el pasado año? ☐ SI ☐ NO

Si su respuesta es sí, explique \_\_\_\_\_

**Firma del Paciente** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

**Firma del Doctor** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_