

Advanced Spine Care of Texas

Texas Orthopaedic Surgical Associates

Formulario de Evaluación de Espalda

Nombre _____

Apellido _____

Nombre _____

Mano Dominante: Derecha IzquierdaMotivo 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:

¿Cuando 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**SIMBOLOS:DOLOR
>>>>

>>>>>

ENDORMECIDO
=====

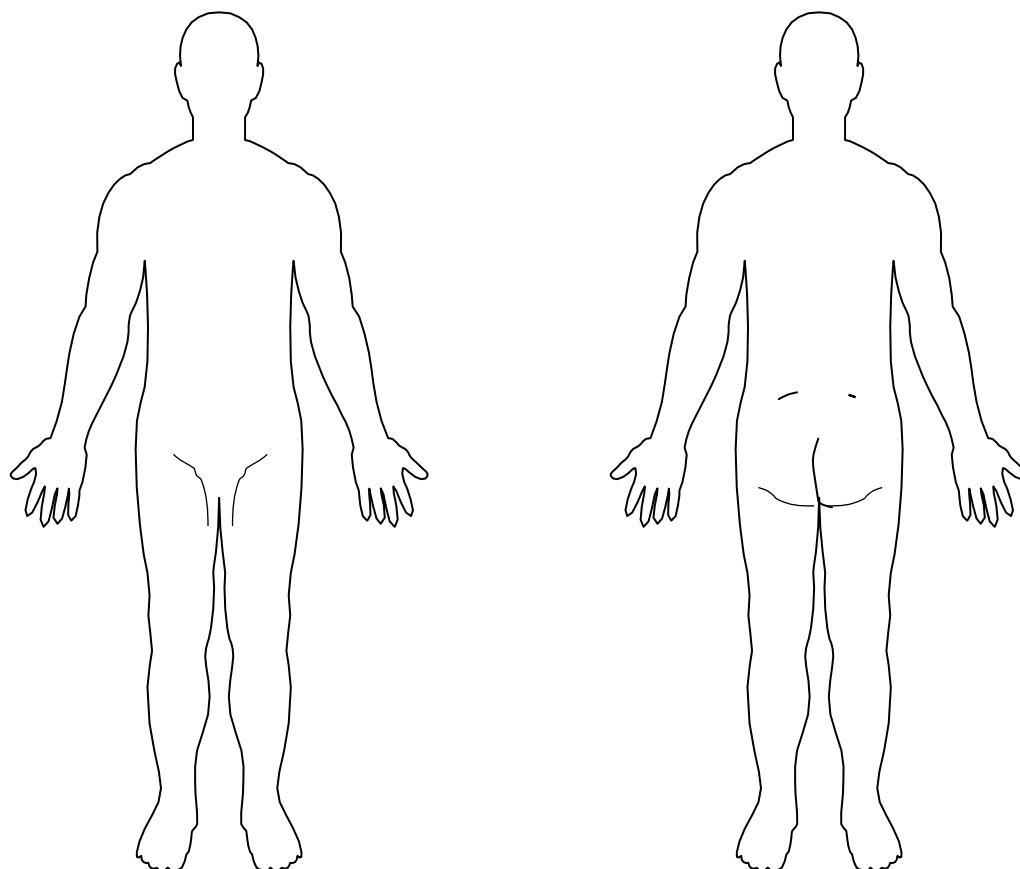
=====

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				
Doblando hacia Frente				
Doblando 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/aguento 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 $\frac{1}{2}$ milla.
 3 El dolor me impide caminar más de un $\frac{1}{4}$ 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 aguento 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 _____

¿Cuando 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 significante en alguna relación en el pasado año? SI NO

Si su respuesta es sí, explique _____

Firma del Paciente _____ **Fecha** _____

Firma del Doctor _____ **Fecha** _____