

# Formulario del paciente Form

## Información del paciente:

Nombre completo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  Femenina  Femenino

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Método de contacto preferido:  Teléfono  Correo electrónico  Texto

Nombre del contacto de emergencia: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

## ¿Qué zona(s) del cuerpo desea que se evalúen? (marque todas las opciones que correspondan)

- |  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cuello        | <input type="checkbox"/> Hombro (izq./der.)    | <input type="checkbox"/> Cadera (izquierda/derecha)  | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza   |
| <input type="checkbox"/> Espalda media | <input type="checkbox"/> Codo (izq./der.)      | <input type="checkbox"/> Rodilla (izquierda/derecha) | <input type="checkbox"/> Pecho / Costillas |
| <input type="checkbox"/> espalda baja  | <input type="checkbox"/> Muñeca / Mano (I / D) | <input type="checkbox"/> Tobillo / Pie (izq. / der.) | <input type="checkbox"/> Abdomen           |
| <input type="checkbox"/> Other: _____  |  |  |  |

## ¿Cuándo comenzaron sus síntomas?

- |                                    |   |  |                                      |
|------------------------------------|---|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hoy       | <input type="checkbox"/> La semana pasada | <input type="checkbox"/> El mes pasado | <input type="checkbox"/> 1-3 meses   |
| <input type="checkbox"/> 3-6 meses | <input type="checkbox"/> > 1 año          | <input type="checkbox"/> no seguro     | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

## ¿Cómo calificaría la intensidad de sus síntomas?

- |                                   |  |  |
|-----------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> mínimo   | <input type="checkbox"/> leve              | <input type="checkbox"/> Leve a moderado |
| <input type="checkbox"/> moderado | <input type="checkbox"/> Moderado a severo | <input type="checkbox"/> severo          |

## ¿Con qué frecuencia se presentan sus síntomas?

- extraño  Ocasional  Intermitente  Frecuente  Constante

## ¿Cómo están evolucionando sus síntomas?

- Cambios diarios  Mejorando  No mejorando  Empeoramiento

## Describa los síntomas que está experimentando: (seleccione todas las opciones que correspondan)

- |                                   |                                     |   |  |
|-----------------------------------|-------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dolorido | <input type="checkbox"/> Incendio   | <input type="checkbox"/> Entumecimiento/Hormigueo | <input type="checkbox"/> Espasmo muscular      |
| <input type="checkbox"/> Afilado  | <input type="checkbox"/> Palpitante | <input type="checkbox"/> Rigidez                  | <input type="checkbox"/> problemas para dormir |
| <input type="checkbox"/> Aburrido | <input type="checkbox"/> irradiando | <input type="checkbox"/> Debilidad                | <input type="checkbox"/> Otro: _____           |

¿Qué tratamientos de autocuidado ha probado para aliviar los síntomas? (Seleccione todas las opciones que correspondan)

- descansar
- Extensión
- Medicamentos de venta libre
- Hielo
- Ejercicio
- decenas
- Otro: \_\_\_\_\_
- Calor
- Masaje
- Ninguno

¿Qué limitaciones físicas tienes?

- sin limitaciones
- limitaciones leves a moderadas
- limitaciones severas
- limitaciones leves
- limitaciones moderadas
- Completamente limitada

¿Cuál es su situación laboral actual? (Seleccione todas las opciones que correspondan)

- Trabajando sin restricciones
- Falté al trabajo debido a los síntomas.
- Trabajar con restricciones
- Actualmente fuera del trabajo
- No empleado

Cardiovascular (MARQUE SOLO SI ES ASÍ)

- Dolor en el pecho
- Dificultad para respirar
- Mareo
- Arritmia

Respiratorio (MARQUE SOLO SI ES ASÍ)

- Opresión en el pecho
- Tos crónica

Neurológico (MARQUE SOLO SI ES SÍ)

- Problemas de equilibrio
- Debilidad
- Entumecimiento/hormigueo
- Problemas de memoria
- Dificultad para hablar

Sistema musculoesquelético (MARQUE SOLO SI ES ASÍ)

- dolor de espalda
- dolor de cuello
- Dolor/rigidez articular
- Dolores/espasmos musculares
- dolor de pierna
- Ciática

General (MARQUE SOLO SI ES SÍ)

- Fatiga
- Fiebre
- Dolor de cabeza
- alteración del sueño

Otorrinolaringología / Oftalmología (MARCAR SOLO SI LA RESPUESTA ES SÍ)

- Cambios de visión
- Zumbidos en los oídos
- Problemas sinusales
- Dolor de garganta
- Dificultad para hablar

**Psiquiátrico (MARQUE SOLO SI LA RESPUESTA ES SÍ)**

- Ansiedad
- estado de ánimo deprimido

**Sistema genitourinario (MARQUE SOLO SI ES ASÍ)**

- Dolor/hinchazón abdominal
- Micción frecuente
- Micción dolorosa
- sangre en la orina

**Antecedentes médicos (marque todas las opciones que correspondan)**

- Hipertensión
- Diabetes (Tipo 1 2)
- Ataque
- Cáncer (tipo): \_\_\_\_\_
- Osteoporosis
- Artritis reumatoide
- Escoliosis
- enfermedad de la tiroides
- Vértigo
- trastorno hemorrágico
- HIV/AIDS
- Hepatitis
- Marcapasos / Desfibrilador
- Otro: \_\_\_\_\_

**Áreas problemáticas**

**\*Indica información obligatoria**

Describe tu problema:

---

---

---

**\*En una escala del 0 al 10, califica tu intensidad: Más baja - 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 - Más alta**

**\*¿Cómo empezó su problema?**

---

---

---

\*¿Cuándo comenzó su problema? (*fecha exacta si es posible*)

¿Con qué frecuencia experimenta síntomas?

¿Cómo describirías tus síntomas?

- |                                   |   |  |
|-----------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Aburrido | <input type="checkbox"/> Puñalada       | <input type="checkbox"/> Estremecimiento |
| <input type="checkbox"/> Dolor    | <input type="checkbox"/> Tiroteo        | <input type="checkbox"/> Debilidad       |
| <input type="checkbox"/> Profundo | <input type="checkbox"/> Calambres      |  |
| <input type="checkbox"/> Doloroso | <input type="checkbox"/> Espasmo        |  |
| <input type="checkbox"/> Rígido   | <input type="checkbox"/> Palpitante     |  |
| <input type="checkbox"/> Afilado  | <input type="checkbox"/> Incendio       |  |
| <input type="checkbox"/> Apretado | <input type="checkbox"/> Entumecimiento |  |

¿Se irradia, se dispara o se desplaza a otras zonas del cuerpo?  Sí  No

En ese caso, ¿a qué zonas se irradia, se extiende o se propaga el dolor?

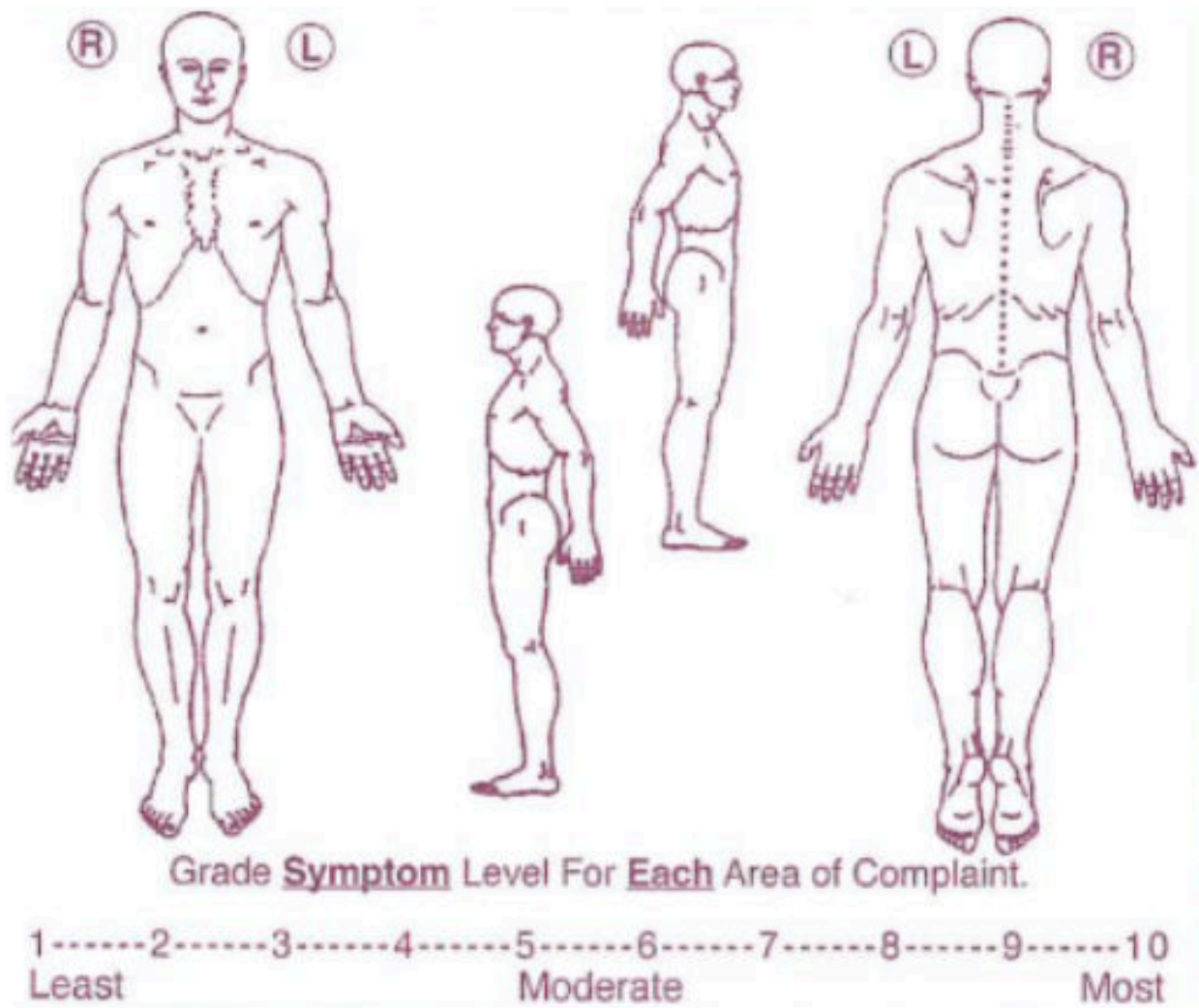
¿Qué lo hace mejor? (Momentos del día, movimientos, actividades, etc.):

¿Qué lo empeora? (Momentos del día, movimientos, actividades, etc.):

¿Qué has hecho para aliviar los síntomas?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hielo                       | <input type="checkbox"/> Ajuste quiropráctico |
| <input type="checkbox"/> Calor                       | <input type="checkbox"/> Fisioterapia         |
| <input type="checkbox"/> Descanso                    | <input type="checkbox"/> Inyecciones          |
| <input type="checkbox"/> Sentado                     | <input type="checkbox"/> Cirugía              |
| <input type="checkbox"/> Acostado                    | <input type="checkbox"/> Otro: _____          |
| <input type="checkbox"/> Estiramientos               |   |
| <input type="checkbox"/> Ejercicio                   |   |
| <input type="checkbox"/> Medicamentos con receta     |   |
| <input type="checkbox"/> Medicamentos de venta libre |   |
| <input type="checkbox"/> Masaje                      |   |
| <input type="checkbox"/> Acupuntura                  |   |

## Localización de los síntomas



Firma del paciente/tutor legal: \_\_\_\_\_

Imprimir nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_