

Advanced Spine Care of Texas

Texas Orthopaedic Surgical Associates

Formulario de Evaluacion de Espalda

Nombre _____
Apellido _____ Nombre _____

Mano Dominante: R L

Razon por la cual viene: Cual parte de su espalda es la que le molesta?
 Espalda Baja/ Piernas Cuello/ Brazos Parte de arriba de la espalda

Inicio de Problema:
Cuando empezo su problema o sintoma? _____

Describe como sucedio o cuando empezo suproblema: _____

Ha cambiado su sintoma desde que empezo su problema? _____

Ha tenido algun problema similar anterior mente? _____

Fue su problema ocasionado en el trabajo? Si No
Fecha en la que ocurrio: _____

Diagrama de Dolor:

Dibuje la localizacion exacta de su sintoma en su cuerpo donde ahora o mayormente tiene el problema. Incluya todas las areas afectadas. Use los simbolos apropiados que se indican abajo.

FRENTE

ATRAS

SIMBOLOS:

DOLOR

>>>>>
>>>>>

ENDORMECIDO

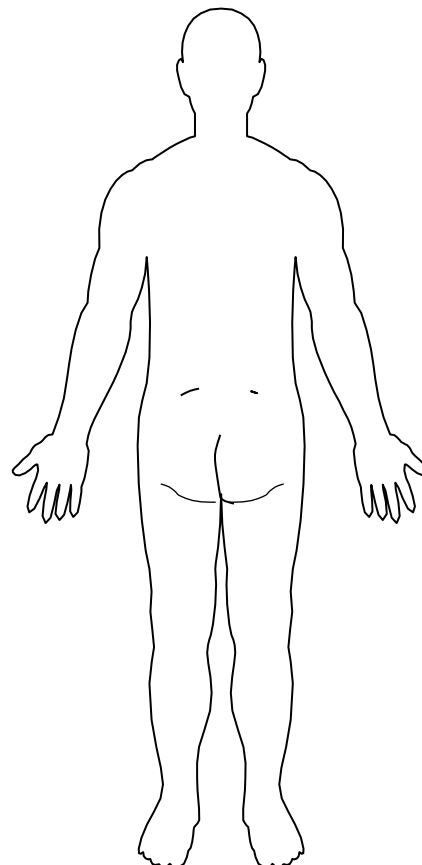
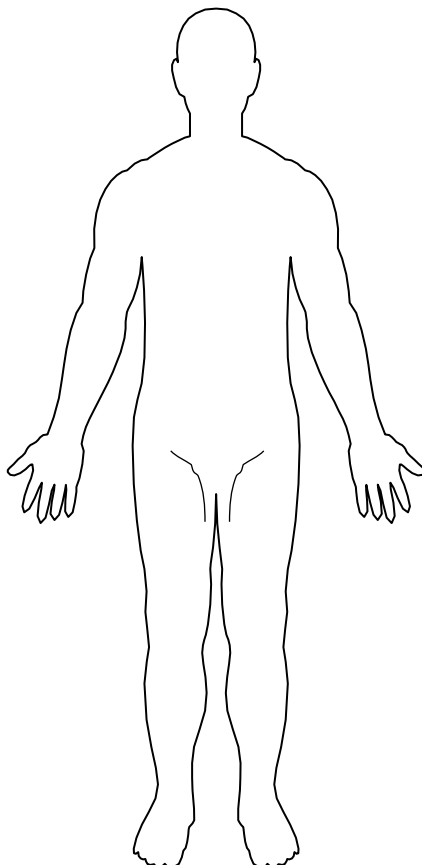
=====
=====

PUNZANTE

//////
//////

ALFILERES Y/O

AGUJAS
oooo
oooo



SEVERIDAD DE DOLOR:

Si 10 es el peor dolor que puede tener y 0 es no dolor, por favor indique su dolor en las ultimas **DOS SEMANAS:**

- a) Por favor indique la intensidad de dolor en su espalda/ cuello: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 b) Por favor indique 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	Despues de cuanto tiempo?
Sentado				
Caminando				
Parado				
Acostado				
Doblandose de Frente				
Doblandose para atras				
Levantando algo				
Tosiendo/Estornudando				
Cambiando de Pocision				

Que otra pocision o actividad afecta su sintoma? _____

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 funcion sexual? No Si
 Perdida de sensacion en el area de los genitales? No Si
 Debilidad en la pierna o el pie? No Si (Derecho Izquierdo)
 Debilidad en la mano el brazo? No Si (Derecho Izquierda)
 Su dolor es solo en la noche o lo despierta en la noche? No Si
 Interfiere el dolor cuando duerme? No Si

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

	<i>Efecto o Tratamiento</i>		
	Ayudo	Empeoro su problema	No hubo diferencia
<input type="checkbox"/> Masage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Terapia Fisica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Terapia Quiropractica	<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"/>

- Radiografias MRI Myelogram CT Scan
 Bone Scan EMG/NCV

Doctor que lo atendio: (Nombre, tipo de especialista, fecha en el que obtuvo consulta) _____

Medicamentos que a tratado para el problema _____

Funcion:

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 me las arreglo 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 si me causa dolor.
- 2 Si 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 mas dolor.
- 2 El dolor hace que no pueda levantar cosas pesadas del piso pero me las arreglo si estan en una posicion conveniente.
- 3 El dolor hace que no pueda levantar cosas pesadas per si puedo levantar cosas livianas mientras esten en una pocision conveniente.
- 4 Solo puedo levantar peso bien liviano.
- 5 No puedo cargar o levantar nada.

Caminar (Marque solo una)

- 0 El dolor no me afecta en cuanto tiempo puedo caminar.
- 1 El dolor no me deja caminar mas de una milla.
- 2 El dolor no me deja caminar mas de media milla.
- 3 El dolor no me deja caminar mas de un cuarto de milla.
- 4 Solo puedo caminar con un baston o miletas.
- 5 Estoy acostando la mayor parte del tiempo y tengo que gatear para el baño.

Sentado (Marque solo una)

- 0 Me puedo sentar en cualquier silla por el tiempo que quiera.
- 1 Solo me puedo sentar en siertos tipos de silla.
- 2 El dolor no me deja estar sentado por mas de 1 hora.
- 3 El dolor no me deja estar sentado por mas de 30 minutos.
- 4 El dolor no me deja estar sentado por mas de 10 minutos
- 5 El dolor no deja que me pueda sentar.

SCORE _____

Parado (Marque solo una)

- 0 Puedo estar parado el tiempo que quiera sin que me de mas dolor.
- 1 Puedo estar parado el tiempo que quiera pero me causa mas dolor.
- 2 El dolor hace que no pueda estar parado por mas de una hora
- 3 El dolor hace que no pueda estar parado por mas de treinta minutos.
- 4 El dolor hace que no pueda estar parado por mas de diez minutos.
- 5 El dolor hace que no pueda estar parado.

Dormir (Marque solo una)

- 0 El dolor no me afecta para dormir bien.
- 1 Solo duermo bien si uso medicamentos.
- 2 Aunque use medicamentos solo duermo menos de seis horas.
- 3 Aunque use medicamentos solo duermo menos de cuatro horas.
- 4 Aunque use 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 aumentan mi dolor pero puedo hacer la mayoría de las cosas.
- 2 Puedo hacer la mayoría de mi trabajo per el dolor hace que no pueda hacer trabajos mas pesados o estresantes.
- 3 El dolor solo me permite hacer trabajos livianos.
- 4 El dolor no me deja hacer trabajos livianos.
- 5 El dolor no me deja hacer ninguna tipo de trabajo.

Vida Social (Marque solo una)

- 0 Mi vida social es normal y no me causa mas dolor.
- 1 Mi vida social es normal pero aumenta mi dolor.
- 2 El dolor no tiene ningun efecto en mi vida social aparte de no dejarme hacer cosas mas enegisnates.
- 3 El dolor me a restringido mi vida social y ya no salgo tanto como antes.
- 4 .El dolor me a 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 mas dolor.
- 1 Puedo viajar a cualquier lugar pero me causa mas dolor
- 2 El dolor es fuerte pero aguanta por mas de 2 horas.
- 3 El dolor solo me deja viajar por menos de 1 hora.
- 4 El dolor solo me deja viajar por periodos de 30 minutos.
- 5 El dolor solo me deja viajar al doctor o al hospital.

Nombre: _____ Fecha: _____ Acct #: _____

Previas cirugias de espalda:

Tipo	Fecha	Sirujano	Le alivió el dolor?

Para pacientes jóvenes con escoliosis:

Historial familiar con escoliosis? _____

Historial familiar con desordenes geneticos? _____

Crecio en altura en el pasado año? _____

Para las niñas: Ya empesaste a tener tu periodo y a que edad? _____

Historial Familiar: Ha tenido alguna familiar alguna de las siguientes? Si la contestacion es SI, explique el tipo de condicion.

Escoliosis Multiple: SI _____

Quando fue su ultimo examen físico? _____ Por quien? _____

Doctor primario o de familia? _____

Historial Social:

Educacion: Cuanto complete de la escuela?

Menos de la preparatoria Obtuvo su diploma de preparatoria Escuela Vocacional Universidad

Grado Universitario Post Grado Universitario

Estres: Ha tenido estres o algun cambio significativo en alguna relacion en el pasado año? SI NO

Si su contestacion es SI, explique _____

Firma del Paciente _____

Fecha _____

Firma del Doctor _____

Fecha _____

Texas Orthopaedic Surgical Associates
Historial de Modificaciones del Paciente

Estado de Vacunas

Para pacientes de 65 años o más: ¿Ha recibido alguna vacuna contra la neumonía?

Si o No

Atención Médica Avanzada

¿Cuenta usted un Poder de Atención Médica (carta/document legal) en caso de que usted no pueda tomar sus propias decisiones médicas?

Si o No

¿Cuenta usted con un testamento?

Si o No

En caso afirmativo, enliste la persona designada y su número de teléfono.

Designado(a)

Número de Teléfono

¿Cuál de las siguientes declaraciones reflejan mejor su deseo en su Atención Médica Avanzada?

___ No Entubarme: Deseo que **no** se me conecte a un tubo de respiración, aunque sea necesario para salvarme la vida.

___ No Resucitarme: Si mi corazón se detuviese, **no** deseo que se me practique compresiones torácicas o que se utilice ningún Desfibrilador Externo Automatizado, aunque sea necesario para salvarme la vida.

___ Resucitación Cardiopulmonar Completa: Deseo que se haga todo esfuerzo al utilizar la Resucitación Cardiopulmonar Completa.