



CUESTIONARIO DEL PERFIL MÉDICO

Nombre: _____ Edad: _____ Trabajo: _____

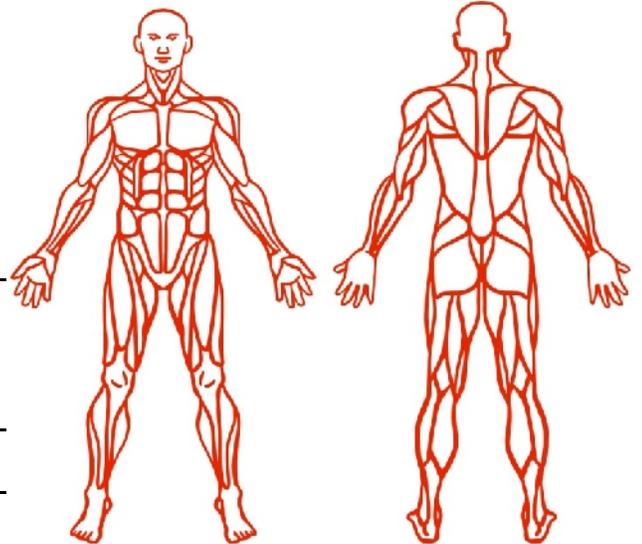
SINTOMAS PRESENTES: _____ **Correo Electronico:** _____

Por favor describa sus dolores: _____

UBICACION/IRRADIACION:
¿Dónde siente el dolor? _____

Por favor utilice los símbolos a la derecha para marcar dónde siente el dolor.

Dolor: con un círculo
Hormigueo: / / / /
Pins/Needles:
Dolor agudo:



CRONOLOGÍA/TIEMPO QUE EMPEZÓ:

¿Cuánto tiempo ha tenido los síntomas? _____

¿Es esta la primera vez? Sí No
Si responde que no, ¿cuándo tuvo síntomas similares?

¿Cómo se lastimó? _____

CALIDAD

Tipo de Dolor _____ Agudo _____ Dolor sordo _____ Ardiente _____ Punzante
 _____ Superficial _____ Profundo _____ Irradiante _____ Hormigueo _____ Entumecimiento

Patrón del dolor desde que empezó: _____ Mejor _____ Peor _____ Igual _____ Variable

Dolor/síntomas presentes en : _____ la Mañana _____ el Mediodía _____ la Tarde _____ la Noche

Dolor/síntomas peor en : _____ la Mañana _____ el Mediodía _____ la Tarde _____ la Noche

Dolor/síntomas mejor en : _____ la Mañana _____ el Mediodía _____ la Tarde _____ la Noche

¿Lo mantiene despierto? Sí No

¿Lo despierta? Sí No

Describe la posición en que duerme: _____

FACTORES QUE AFECTAN SUS SÍNTOMAS:

¿Qué actividades/posiciones le hacen sentir peor? (sentado, acostado, de pie, descansando, actividad, caminar, etc.)

¿Qué actividades/posiciones le hacen sentir mejor? _____

¿Ha recibido tratamiento para este episodio? _____

¿Ha tenido un estudio diagnóstico como rayos X, Resonancia Magnética (MRI en inglés), Scan CT, etc? Sí No
Si responde que Sí, por favor escríbalo aquí: _____

(VÉASE AL DORSO)

¿A quién está mirando actualmente para esta condición y cualquier otra?

- | | | |
|----------------------|------------------|----|
| A: Medicina Familiar | E: Cardiólogo | I: |
| B: Internista | F: Pediatra | J: |
| C: Ortopedista | G: Podiatra | K: |
| D: Neurólogo | H: Quiropráctico | L: |

¿Ha tenido terapia física anteriormente para este problema? Sí N

ESCRIBA SUS ACTIVIDADES DE OCIO (Marque con círculo las que han sido afectadas por su problema actual.)

SALUD MÉDICA GENERAL

¿Alguna vez, usted o otra persona en su familia inmediata ha sido diagnosticado con una de las siguientes condiciones?

	Usted	Familia	¿Quien en la familia?
A: Cáncer			
Si responde Sí, describa el tipo _____	SÍ	SÍ	_____
B: Problemas del corazón	SÍ	SÍ	_____
C: Presión alta.....	SÍ	SÍ	_____
D: Asma.....	SÍ	SÍ	_____
E: Enfisema.....	SÍ	SÍ	_____
F: Dependencia química: (tal como, alcoholismo).....	SÍ	SÍ	_____
G: Problemas de las tiroides.....	SÍ	SÍ	_____
H: Diabetes.....	SÍ	SÍ	_____
I: Esclerosis múltiple.....	SÍ	SÍ	_____
J: Artritis reumatoidea.....	SÍ	SÍ	_____
K: Otros problemas artríticos.....	SÍ	SÍ	_____
L: Depresión.....	SÍ	SÍ	_____
M: Hepatitis.....	SÍ	SÍ	_____
N: Tuberculosis.....	SÍ	SÍ	_____
O: Apoplejía.....	SÍ	SÍ	_____
P: Enfermedad del riñón.....	SÍ	SÍ	_____
Q: Anemia.....	SÍ	SÍ	_____
R: Epilepsia.....	SÍ	SÍ	_____
S: Insomnio.....	SÍ	SÍ	_____
T: Estreñimiento/Diarrea.....	SÍ	SÍ	_____
U: Salud Mental/Psiquiatra.....	SÍ	SÍ	_____
Escriba cualesquier cirugías _____			
Escriba cualesquier cirugías _____			
Escriba medicamentos que está tomando actualmente _____			