

Consulta Sobre Una  
**Nueva Lesion**  
*(New Injury Questionnaire)*



**Información General**

Médico de cabecera: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Fax/Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Trabajo de: Tiempo Completo      Medio Tiempo      Jubilado      Sin trabajo

Desde cuando: \_\_\_\_\_

¿Quién lo refirió? Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

¿Cuáles son sus pasatiempos?: \_\_\_\_\_

¿Qué deportes práctica? \_\_\_\_\_

**Problema Ortopédico Actual**

¿Cuál parte del cuerpo \_\_\_\_\_ Izquierda Derecha      ¿El problema esta relacionado con el trabajo? Si No

¿Está relacionado con un accidente de automóvil? Si No      ¿Hay algún caso legal pendiente? Si No

Cuando comenzaron los síntomas \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ o Cuando se Lesionó \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 Mes Día Año      Mes Día Año

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ A que hora \_\_\_\_\_

Si se lesionó, por favor describa en detalle cómo sucedió: \_\_\_\_\_

¿Cuándo le duele? Agarrando algo    Al jalar    Al empujar    Al cargar    Al presionar    Al apretar    Al levantar  
 AL levantar por encima de la cabeza    Caminar    Correr    Estando de Pie    En Cuclillas    Subir/Bajar las Escaleras

El Cuello      En medio de la Espalda      Parte Baja de la Espalda  
 En la mañana      En la noche      Cuando duermo      Todo el tiempo

¿Qué alivia el dolor? \_\_\_\_\_

¿Qué empeora el dolor? \_\_\_\_\_

Utilizando la escala, que número puede darle al dolor: nada 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 severo

¿Qué medicamento le ayuda? \_\_\_\_\_

Utilizando la escala, que numero puede darle al dolor: nada 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 severo

¿Tiene adormecimiento? Si No      ¿Adónde \_\_\_\_\_

¿Tiene debilidad? Si No      ¿Adónde? \_\_\_\_\_

¿Ha consultado con algún otro doctor, terapeuta o quiropráctico? \_\_\_\_\_

¿Ha recibido terapia física? Si No      ¿Cuántas veces? \_\_\_\_\_

# Consulta Sobre Una

## Nueva Lesion

(New Injury Questionnaire)



¿Ha recibido Inyecciones de Cortisona? Si No ¿ Cuántas veces? \_\_\_\_\_ Fecha de la última inyección \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 ¿Le ayudó? Si No Solo por poco tiempo  
 ¿Le han tomado Radiografías? Si No Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 ¿Le han tomado Tomografías? Si No Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 ¿Le han tomado Imagen por resonancia magnética (MRI o IRM)? Si No Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### Cirugías Relacionadas:

1) \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 2) \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 3) \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 4) \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

¿Le ha ayudado la cirugía? Si No  
 Si contesto No, indique la razón: \_\_\_\_\_

### Cirugías previas que no son relacionadas

1) \_\_\_\_\_  
 2) \_\_\_\_\_  
 3) \_\_\_\_\_  
 4) \_\_\_\_\_  
 5) \_\_\_\_\_  
 6) \_\_\_\_\_  
 7) \_\_\_\_\_

### Medicamentos actuales

1) \_\_\_\_\_  
 2) \_\_\_\_\_  
 3) \_\_\_\_\_  
 4) \_\_\_\_\_  
 5) \_\_\_\_\_  
 6) \_\_\_\_\_  
 7) \_\_\_\_\_

### Alergias a Medicamentos

1) \_\_\_\_\_  
 2) \_\_\_\_\_  
 3) \_\_\_\_\_

**Antecedentes sobre el uso de cigarros:** ¿Cuántas cajetillas fuma al día? \_\_\_\_\_ ¿Por cuántos años ha fumado? \_\_\_\_\_  
**Antecedentes sobre el uso de Alcohol:** ¿Cuántas bebidas toma al día? \_\_\_\_\_ ¿Cuántas bebidas toma a la semana? \_\_\_\_\_

**Ha tenido algún problema dentro de los últimos cinco años o está experimentando algún problema actualmente: Por favor circule todo lo que le aplica.**

- Convulsiones    Depresión    Estremecimiento    Cambios en la Vista    Cambios en la Audición  
 Faringitis Estreptocócica    Problemas con la Tiroides    Dificultad para Respirar    Uso de Esteroides  
 Ataque Cardíaco    Ulceras Estoracales    Ictericia    Dolor al orinar    Cálculos en Los riñones    Gota  
 Fracturas Múltiples    Sangrar con Facilidad    Insomnio    Dependencia a las Drogas    Mareos Frecuentes  
 Dolores de Cabeza Severos    Salpullido Crónico    Pérdida de Peso Reciente    Asma/Neumonía  
 Colesterol Alto    Dolor de Pecho    Excremento de Color Negro o Con Sangre    Diarrea  
 Sangre en La Orina    Enfermedades Transmitidas Sexualmente    Dolor de varias Articulaciones  
 Artritis Reumatoide    Diabetes    Problemas con la Anestesia

Si circulo cualquiera de los siguientes, por favor explique las cosas que circuló: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_