

Cuestionario sobre Lesiones Musculoesqueléticas

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha: _____

Estatura: _____ Peso: _____ Sexo: _____ Ocupación/Tipo de Trabajo: _____

Motivo de la Visita: _____ ¿Usted Tuvo una Lesión? **Sí No**

¿Cuándo Ocurrió? _____ Describa: _____

¿Lo Refirió Otro Proveedor? Indique: _____

¿Quién Es Su Médico de Atención Primaria? _____

¿Tuvo una Lesión Previa o una Cirugía en la Misma Zona? Indique con Fechas: _____

¿Tiene Dolor? **Sí No** ¿Dónde Tiene Dolor? _____

En una Escala del 0 al 10, Califique Su Dolor: (0 = sin dolor, 10 = el peor dolor que pueda imaginar) _____

¿Cómo Describiría el Dolor? (Marque con un Círculo Todo lo que Corresponda) Sordo Agudo Punzante Ardiente

¿Con qué Frecuencia Tiene Dolor? Casi Nunca Ocasionalmente Intermisamente
Frecuentemente Constantemente

¿Tiene Dolor por la Noche? **Sí No**

¿Toma Algún Medicamento Específicamente para Este Problema? **Sí No**

Indique: _____

¿Tiene Alguno de los Sigüientes Síntomas? (Marque con un Círculo Todo lo que Corresponda)

Hinchazón Rigidez Enrojecimiento Hematomas Inestabilidad/“Agotamiento”

Sensación de Frío en una Extremidad Articulación Trabada/Atrapada Debilidad

Articulación Laxa/Floja Hormigueo/Ardor/Adormecimiento Dislocación

¿La Condición Ha Cambiado? Mejoró Empeoró Sin Cambios

¿Qué Hace que la Condición Mejore? _____

¿Qué Hace que la Condición Empeore? _____

¿Consultó a Otros Proveedores sobre Esta Condición? (Cirujano, Quiropráctico, Acupunturista, etc.)

Describe: _____

¿Realizó Otros Tratamientos? (Inyecciones, Masaje, Fisioterapia, Acupuntura, etc.)

Describe: _____

¿Esos Tratamientos le Ayudaron? **Sí No** Describe: _____