

# FICHA DE CONSULTA MULTIDISCIPLINARIA

Agradecemos completar atentamente este cuestionario. Nos permitirá conocer mejor su afección y en consecuencia brindar consejo y una potencial solución a su problema.

## 1-GENERALIDADES

Fecha:

Nombre:  Apellido:

Edad:  Peso Kgs:  Altura:

Alergias a medicamentos:  Cuáles?

Ocupación/Profesión:

Se encuentra actualmente de baja laboral?  Hace cuanto?

Su enfermedad tiene relación con un accidente laboral?

Realiza algún deporte o actividad?  Cuál/Cuáles?

Es Usted fumador/a?  Qué cantidad diaria?  Desde hace cuanto?

## 1-ANTECEDENTES

### A- Antecedentes Médicos

Marque con una X si padece alguna de estas afecciones:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes              | <input type="checkbox"/> Afección cardíaca |
| <input type="checkbox"/> Depresión             | <input type="checkbox"/> Cancer            |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial | <input type="checkbox"/> Alergia           |
| <input type="checkbox"/> Úlcera gástrica       | <input type="checkbox"/> Otras             |

### B- Antecedentes Quirúrgicos

Se sometió Usted a alguna cirugía?  La/s cirugía/s fueron de Columna?

Otras  Fecha

### 3-ENFERMEDAD ACTUAL

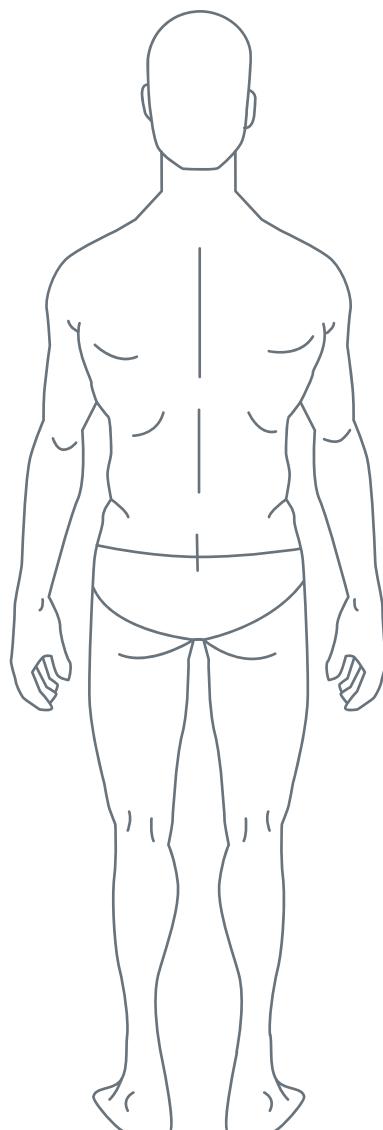
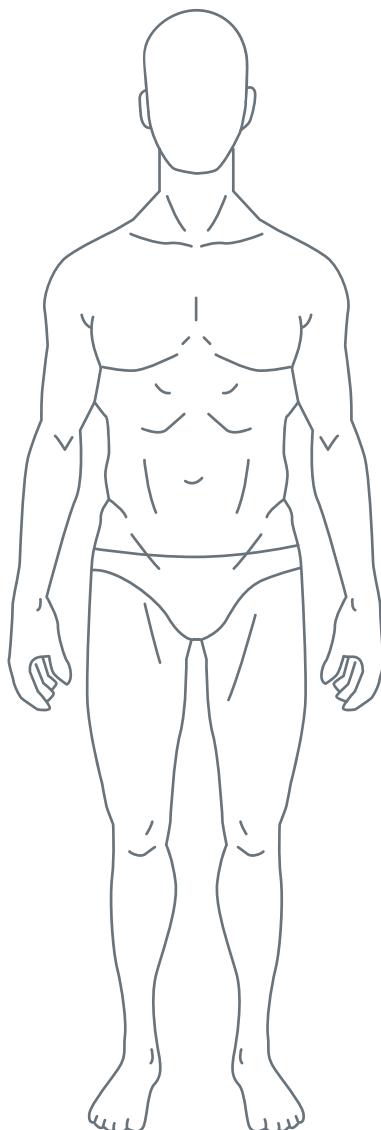
A- Fecha de inicio de los síntomas

B- Escala de su dolor, del 1 al 10

C- Cómo comenzó?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Por caída o accidente  | <input type="checkbox"/> De manera progresiva |
| <input type="checkbox"/> Realizando un esfuerzo | <input type="checkbox"/> Haciendo deporte     |
| <input type="checkbox"/> De manera espontánea   | <input type="checkbox"/> Trabajando           |

Marque el lugar donde se localiza el dolor, el trayecto de irradiación y las características del mismo.



Qué medicación toma para el dolor?

Qué distancia puede caminar sin limitación o dolor?

Tiene algún trastorno para dormir en relación a esta afección?

El dolor cede estando en cama o en reposo?

Ha hecho rehabilitación para este problema de columna?

Si desea agregar datos que considere de utilidad para que el Profesional conozca mejor su afección, por favor escríbalo en el cuadro