

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

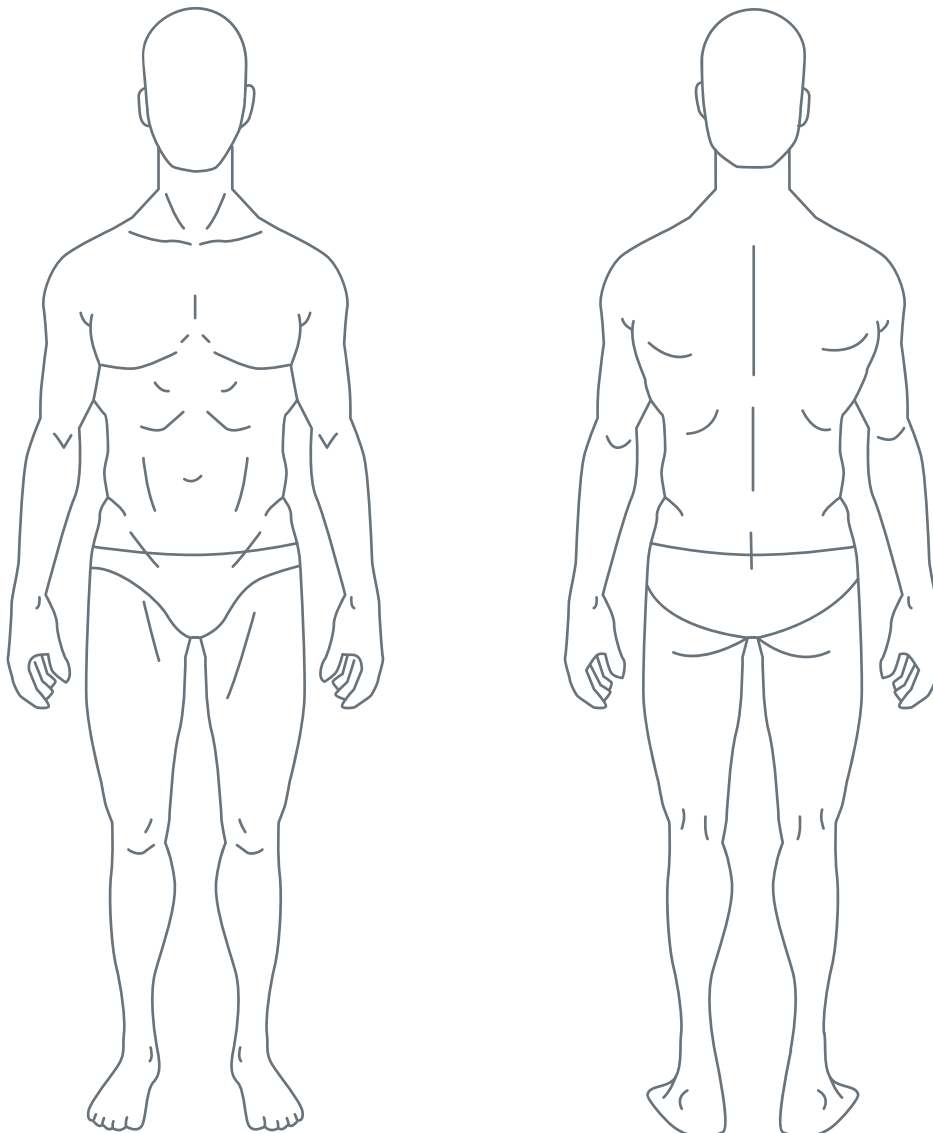
A- Fecha de inicio de los síntomas

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