



Complete la nueva información o marque a continuación

Nombre _____ Fecha _____

Dirección Calle ciudad _____ Ciudad _____

Estado _____ Código postal _____ Correo electrónico _____ Fecha de nacimiento: _____

Número de Seguro Social#: _____ Estatura _____ Peso _____

Teléfono actual - Casa _____ Celular _____ Proveedor de celular _____

Para ayudarnos a brindar el mejor servicio clínico, necesitamos tener toda la información disponible sobre su estado de salud actual. Nos gustaría actualizar el historial de su caso original, así que complete la siguiente información:

1. Marque lo que corresponda Nuevo problema Agravación de un problema existente Lesión laboral

Lesión relacionada con el automóvil Resbalón o caída Lesión relacionada con los deportes.

2. Mis síntomas actuales son: _____

3. Si está relacionado con un accidente, describa y proporcione la fecha de la lesión: _____

4. Último examen físico: _____ Nombre del Dr.: _____

5. Último ajuste quiropráctico: _____

6. Desde la última vez que visité esta oficina, me ha visto el Dr. _____ por _____

7. ¿Tiene el mismo seguro? Si No. Si no, por favor dénos sus ins. tarjeta al entregar este formulario.

Para aquellos que no tienen cobertura quiropráctica, nuestra oficina ofrece opciones asequibles de atención.

****Importante, por favor responda estas dos preguntas rápidas.****

Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas? Si No

1. Durante el último mes, ¿le ha molestado a menudo sentirse decaído, deprimido o desesperanzado?

2. Durante el último mes, ¿le ha molestado a menudo el poco interés o placer en hacer las cosas?

Firma del paciente

OSWESTRY LOW BACK QUESTIONNAIRE

Nombre del Paciente: _____ Fecha del Examen _____

Favor de Leer:

La intención de este cuestionario es para dar al doctor información en como el dolor de la espalda le esta afectando su habilidad de dirigir su vida. Favor de contestar cada sección y marque solamente una caja que le aplique. Quizás usted considere que mas de una de las declaraciones le aplique, pero favor de marcar solo una caja que describe con exactitud su problema.

Sección 1 – Intensidad del Dolor

- Puedo tolerar el dolor sin medicina.
- El dolor es fuerte pero puedo controlarlo sin medicina.
- Medicina me da completamente alivio al dolor.
- Medicina me da moderado alivio al dolor.
- Medicina me da poquito alivio al dolor.
- Medicina no me alivia al dolor, no las tomo.

Sección 2 – Cuidado Personal

- Puedo cuidarme solo sin causarme más dolor.
- Puedo cuidarme solo pero me causa mas dolor.
- Es doloroso cuidarme por mi mismo. Soy lento y cuidadoso.
- Necesito ayuda para mantener algunos de mis cuidados personales.
- Necesito ayuda todos los días para mantener mi cuidado personal.
- No me visto, me lavo con dificultad y me quedo en la cama.

Sección 3 – Levantar

- Puedo levantar cosas pesadas sin causar más dolor.
- Puedo levantar cosas pesadas pero me causa más dolor.
- El dolor me impide levantar cosas pesadas del piso, pero lo puedo controlar si están en una posición conveniente, e.g., en las mesa.
- El dolor me impide levantar cosas pesadas, pero puedo levantar cosas ligeras que estén en una posición conveniente.
- Puedo levantar solamente cosas ligeras.
- No puedo levantar o cargar nada.

Sección 4 – Andar

- El dolor no me impide caminar.
- El dolor me impide caminar más de una milla.
- El dolor me impide caminar más de ½ milla.
- El dolor me impide caminar más de ¼ milla.
- Solo puedo caminar usando un palo o muletas.
- Usualmente estoy en la cama y tengo que gatear para ir al baño.

Sección 5 – Sentado

- Puedo sentarme en cualquier asiento.
- Solamente puedo estar sentado en mi propio asiento favorito.
- Dolor me impide estar sentado más de una hora.
- Dolor me impide estar sentado más de 30 minutos.
- Dolor me impide estar sentado más de 10 minutos.
- Dolor me impide estar sentado totalmente.

Sección 6 – Estar de pie

- Puedo estar de pie por mucho tiempo sin causar más dolor.
- Puedo estar de pie por mucho tiempo pero si me causa mas dolor.
- Dolor me impide estar de pie por más de una hora.
- Dolor me impide estar de pie por más de 30 minutos.
- Dolor me impide estar de pie por más de 10 minutos.
- Dolor me impide estar de pie por cualquier tiempo.

Sección 7 – Dormir

- Dolor no me impide dormir.
- Puedo dormir bien solo con medicina.
- Aun con medicina, duermo menos de 6 horas.
- Aun con medicina, duermo menos de 4 horas.
- Aun con medicina, duermo menos de 2 horas.
- Dolor me impide dormir.

Sección 8 – Vida Social

- Mi vida social es normal y no me da más dolor.
- Mi vida social es normal pero me aumenta el dolor.
- Dolor no afecta significativamente mi vida social aparte de limitar intereses energéticos como el bailar.
- Dolor me ha restringido mi vida social y no salgo frecuentemente.
- Dolor me ha restringido mi vida social en la casa.
- No tengo vida social por causa del dolor.

Sección 9 – Viajar

- Puedo viajar a cualquier sitio sin causarme más dolor.
- Puedo viajar a cualquier sitio pero si me causa dolor.
- El dolor es fuerte pero puedo controlarlo por más de 2 horas.
- Dolor me ha restringido mis viajes no más de una hora...
- Dolor me ha restringido hacer viajes necesarias que sean cortos, no más de 30 minutos.
- Dolor me impide viajar aparte de ir al hospital o ver el doctor.

Sección 10 - Empleo/trabajo doméstico

- Mis actividades normales de empleo/trabajo doméstico no causan el dolor.
- Mis actividades normales de empleo/trabajo doméstico aumentan mi dolor, pero puedo realizar todo lo que se requiere de mí.
- Puedo realizar la mayor parte de mis deberes de empleo/trabajo doméstico, pero el dolor me impide realizar las actividades más físicamente estresantes como levantar o limpiar con aspiradora.
- El dolor me impide hacer cualquier trabajo con excepción de trabajo ligero.
- El dolor me impide aun hacer trabajo ligero.
- El dolor me impide realizar cualquier tarea de empleo o de trabajo doméstico.

INDICE DEL CUELLO

Nombre del Paciente _____ Fecha _____

Este cuestionario le dará información a su proveedor de salud sobre como la condición de su cuello afecta su vida diaria. Por favor conteste cada sección marcando la frase que aplica a su condición. Si dos o más frases en una sección describen su condición, por favor marque la frase que describe su condición con más exactitud.

Intensidad del Dolor

0. No tengo dolor en este momento.
1. El dolor es muy suave en este momento.
2. El dolor va y viene y es moderado.
3. El dolor es severo en este momento.
4. El dolor es muy severo en este momento.
5. El dolor es el peor que puedo imaginar en este momento.

Al Dormir

0. No tengo ningún problema durmiendo.
1. Mi sueño esta levemente alterado (desvelado por menos de 1 hora).
2. Mi sueño esta ligeramente alterado (desvelado por 1-2 horas).
3. Mi sueño esta moderadamente alterado (desvelado por 2-3 horas).
4. Mi sueño esta bastante alterado (desvelado por 3-5 horas).
5. Mi sueño esta completamente alterado (desvelando por 5-7 horas).

Lectura

0. Puedo leer tanto como quiero sin dolor de cuello.
1. Puedo leer tanto como quiero con dolor de cuello leve.
2. Puedo leer tanto como quiero con dolor de cuello moderado.
3. No puedo leer tanto como quiero debido a dolor de cuello moderado.
4. Difícilmente puedo leer debido a dolor de cuello severo.
5. No puedo leer debido al dolor de cuello.

Concentración

0. Puedo concentrarme completamente sin dificultad.
1. Puedo concentrarme completamente con ligera dificultad.
2. Tengo algún grado de dificultad para concentrarme.
3. Tengo mucha dificultad al concentrarme.
4. Tengo muchísima dificultad al concentrarme.
5. No puedo concentrarme.

Trabajo

0. Puedo hacer tanto trabajo como deseo.
1. Puedo hacer solamente mi trabajo habitual pero no más.
2. Puedo hacer la mayoría de mi trabajo habitual pero no más.
3. No puedo hacer mi trabajo habitual.
4. Difícilmente puedo hacer algo de trabajo.
5. No puedo hacer ningún trabajo.

Cuidado Personal

0. Puedo cuidar de mí mismo normalmente sin causar más dolor.
1. Puedo cuidar de mí mismo normalmente pero esto causa más dolor.
2. El cuidar de mí mismo es doloroso y soy muy lento y cuidadoso.
3. Necesito alguna ayuda pero puedo hacer la mayor parte de mi cuidado personal.
4. Necesito alguna ayuda todos los días en la mayoría de los aspectos del cuidado personal.
5. No me visto, me baño con dificultad y permanezco en cama.

Al Levantar Objetos

0. Puedo levantar objetos pesados sin causar más dolor.
1. Puedo levantar objetos pesados pero esto causa más dolor.
2. El dolor no me permite levantar objetos pesados del piso, pero puedo hacerlo si los objetos son colocados convenientemente (por ejemplo, en una mesa).
3. El dolor no permite levantar objetos pesados del piso pero puedo levantar objetos ligeros o mediamente pesados si son colocados convenientemente.
4. Puedo levantar solamente objetos ligeros.
5. No puedo levantar o cargar alguna cosa.

Al Conducir

0. Puedo conducir mi carro sin ningún dolor en el cuello.
1. Puedo conducir mi carro tanto como quiero con dolor de cuello ligero.
2. Puedo conducir mi carro tanto como quiero con dolor de cuello moderado.
3. No puedo conducir mi carro tanto como quiero debido a dolor de cuello moderado.
4. Difícilmente puedo conducir debido a dolor de cuello severo.
5. No puedo conducir mi carro debido al dolor de cuello.

Recreación

0. Puedo tomar parte en todas mis actividades recreativas sin dolor de cuello.
1. Puedo tomar parte en todas mis actividades recreativas con dolor de cuello ligero.
2. Puedo tomar parte en la mayoría pero no en todas mis actividades recreativas habituales debido al dolor de cuello.
3. Puedo tomar parte solamente en unas pocas de mis actividades recreativas debido al dolor de cuello.
4. Difícilmente puedo realizar algunas actividades recreativas debido al dolor de cuello.
5. No puedo realizar ninguna actividad recreativa.

Dolor de Cabeza

0. No tengo dolores de cabeza.
1. Tengo dolores de cabeza leves los cuales son infrecuentes.
2. Tengo dolores de cabeza moderados los cuales son infrecuentes.
3. Tengo dolores de cabeza moderados los cuales son frecuentes.
4. Tengo dolores de cabeza severos los cuales son frecuentes.
5. Tengo dolores de cabeza casi todo el tiempo.

Index Score = [Sum of all statements selected / (# of sections with a statement selected x 5)] x 100

Neck Index Score _____