

AUTO EVALUACIÓN



Nombre: _____

Queja Principal / Historia de la Enfermedad Presente					
Síntoma (s)	Cuál Lado	Severidad	La Calidad del Dolor	La fecha del Comienzo	Frecuencia
Dolor de Cuello	<input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/> Derecho	<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Dolorido <input type="checkbox"/> Ardor <input type="checkbox"/> Punzante <input type="checkbox"/> Hormigueo		<input type="checkbox"/> Constante <input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> Intermitente _____ por Semena
Dolor Arriba de la Espalda	<input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/> Derecho	<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Dolorido <input type="checkbox"/> Ardor <input type="checkbox"/> Punzante <input type="checkbox"/> Hormigueo		<input type="checkbox"/> Constante <input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> Intermitente _____ por Semena
Dolor Abajo de la Espalda	<input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/> Derecho	<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Dolorido <input type="checkbox"/> Ardor <input type="checkbox"/> Punzante <input type="checkbox"/> Hormigueo		<input type="checkbox"/> Constante <input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> Intermitente _____ por Semena
Dolor del Hombro	<input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/> Derecho	<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Dolorido <input type="checkbox"/> Ardor <input type="checkbox"/> Punzante <input type="checkbox"/> Hormigueo		<input type="checkbox"/> Constante <input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> Intermitente _____ por Semena
Dolor del Codo	<input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/> Derecho	<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Dolorido <input type="checkbox"/> Ardor <input type="checkbox"/> Punzante <input type="checkbox"/> Hormigueo		<input type="checkbox"/> Constante <input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> Intermitente _____ por Semena
Dolor en la Muñeca o la Mano	<input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/> Derecho	<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Dolorido <input type="checkbox"/> Ardor <input type="checkbox"/> Punzante <input type="checkbox"/> Hormigueo		<input type="checkbox"/> Constante <input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> Intermitente _____ por Semena
Dolor de Cadera	<input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/> Derecho	<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Dolorido <input type="checkbox"/> Ardor <input type="checkbox"/> Punzante <input type="checkbox"/> Hormigueo		<input type="checkbox"/> Constante <input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> Intermitente _____ por Semena
Dolor de Rodilla	<input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/> Derecho	<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Dolorido <input type="checkbox"/> Ardor <input type="checkbox"/> Punzante <input type="checkbox"/> Hormigueo		<input type="checkbox"/> Constante <input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> Intermitente _____ por Semena
Dolor en el Tobillo o el Pie	<input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/> Derecho	<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Dolorido <input type="checkbox"/> Ardor <input type="checkbox"/> Punzante <input type="checkbox"/> Hormigueo		<input type="checkbox"/> Constante <input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> Intermitente _____ por Semena
Otra Area:	<input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/> Derecho	<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Dolorido <input type="checkbox"/> Ardor <input type="checkbox"/> Punzante <input type="checkbox"/> Hormigueo		<input type="checkbox"/> Constante <input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> Intermitente _____ por Semena
Otra Area:	<input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/> Derecho	<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Dolorido <input type="checkbox"/> Ardor <input type="checkbox"/> Punzante <input type="checkbox"/> Hormigueo		<input type="checkbox"/> Constante <input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> Intermitente _____ por Semena

● Describa su Herida/ o el Accidente

● ¿Ha recibido usted cualquier tratamiento para su herida? ¿Si ése es el caso qué? - (Verifique Todo que Aplica con una Flecha)

- Ninguno
 Fisioterapia
 Quiropráctica
 Medicamentos
 Médico o Hospital
 Radiografía
 Inyección
 Inyección Epidural de Esteroide
 Neurotomia
 Bloque Selectivo de Nervio
 Cirugía
 Imagen Magnética de Resolución o MRI
 CAT Scan
 Prueba de Conducción de Nervio

● Nombre y el Número de otros Médicos que han Tratado su Herida: _____

Síntomas Actuales			
General	Cuello	Espalda Mediana	Parte Inferior de la Espalda
<input type="checkbox"/> La pérdida del Conocimiento <input type="checkbox"/> Mareos <input type="checkbox"/> Náusea <input type="checkbox"/> Vómito <input type="checkbox"/> Alborotos Visuales <input type="checkbox"/> Sumba los Oídos <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Nerviosismo <input type="checkbox"/> Fatiga <input type="checkbox"/> Dificultad para Dormir <input type="checkbox"/> Dificultad para Concentrar <input type="checkbox"/> Pérdida de Memoria <input type="checkbox"/> Irritabilidad	<i>Aflija o Rigidez con el movimiento</i>	<i>Aflija o Rigidez con el movimiento</i>	<i>Aflija o Rigidez con el movimient</i>
	<input type="checkbox"/> Doblando Adelante	<input type="checkbox"/> Doblando Adelante	<input type="checkbox"/> Doblando Adelante
	<input type="checkbox"/> Doblando para Atrás	<input type="checkbox"/> Doblando para Atrás	<input type="checkbox"/> Doblando para Atrás
	<input type="checkbox"/> Torcer <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> Doble al Lado <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> Torcer <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> Doble al Lado <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> Torcer <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> Doble al lado <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I
Dolor de Cabeza	Extremidad Superior	<i>Aflija peor con</i>	
<input type="checkbox"/> Migraña Cabeza	<input type="checkbox"/> Dormecimiento <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> Sentar <input type="checkbox"/> Parado	
<input type="checkbox"/> Frente	<input type="checkbox"/> Hormigueo <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> Levantar <input type="checkbox"/> Alcanzar	
<input type="checkbox"/> Atras de la Cabeza	<input type="checkbox"/> Debilidad <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> Toser <input type="checkbox"/> Estornudar	
<input type="checkbox"/> Templos	Extremidad más Baja	Otro	
<input type="checkbox"/> Detrás de los Ojos	<input type="checkbox"/> Dormecimiento <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I		
Frecuencia de Dolores de Cabeza - _____ x / semana	<input type="checkbox"/> Hormigueo <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I		
	<input type="checkbox"/> Debilidad <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I		

FIRMANDO DEBAJO RECONOCE QUE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA ENCIMA ES AMBOS EXACTO Y COMPLETO.

La firma de Paciente o Guardián y de la Relación Legal al Paciente

Fecha

El Nombre Impreso de Paciente o Guardián Legal