

Cuestionario de salud del paciente

Nombre del paciente _____ Fecha _____

Jefe de quejas _____

1. Fecha de la lesión/cirugía _____

2. ¿Alguna vez se ha hecho una radiografía, una tomografía computarizada o una resonancia magnética de esta lesión? ☐ SÍ ☐ NO

En caso afirmativo, ¿usted o su médico nos han enviado una copia del informe? ☐ SÍ ☐ NO

A. Radiografías Date _____ B. Resonancia magnética Date _____

C. Fecha de la tomografía computarizada _____

3. En general, ¿dirías que tu salud general en este momento es...

1. Excelente 2. Muy bueno 3. Bueno 4. Justo 5. Pobre

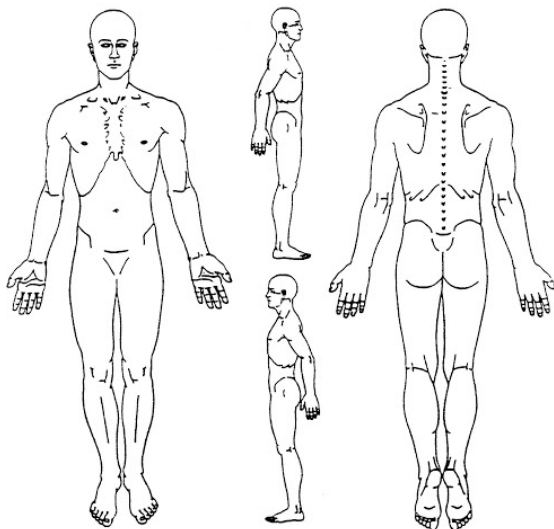
4. ¿Con qué frecuencia experimenta sus síntomas? Indique dónde tiene dolor u otro Síntomas:

A. Constantemente (76-100% del día)

B. Con frecuencia (51-75% del día)

C. Ocasionalmente (26-50% del día)

D. Intermitentemente (0-25% del día)



6. ¿Qué describe la naturaleza de sus síntomas?

A. Agudo B. Dolor sordo C. Entumecimiento D. Disparo E. Ardor F. Hormigueo

7. ¿Cómo están cambiando sus síntomas?

A. Mejorando B. No cambiar C. Empeorando

8. Durante las últimas 4 semanas, indique la intensidad promedio de sus síntomas.

Ninguno Insoportable

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Firma del Paciente _____

5/20/23

Fecha _____

Rev