

HISTORIA DEL TRATAMIENTO MÉDICO DE LA LESIÓN PRESENTE

¿Cuándo empezó a buscar tratamiento médico para su lesión? _____

¿A dónde fue? sala de emergencia Médico de la compañía Médico general de mi familia Médico Actual

Transportado en ambulancia otro: _____

¿Cuáles servicios se realizaron en ese momento? _____

Sírvase indicar cuáles de los siguientes procedimientos de diagnóstico y tratamientos ha recibido desde que se lesionó:

Procedimiento Diagnóstico	Para que parte(s) del cuerpo	Fecha (s)	Resultados
Radiografías			
MRI(s) # ____			
Tomografía computarizada (CT Scan)			
CT Myleograma o Discografía			
EMG/NCV(Estudio de los nervios) <input type="checkbox"/> extremidad inferior <input type="checkbox"/> extremidad superior			
Otros exámenes:			
Pruebas Psicológicas			
Tratamiento / Servicios	Para que parte(s) del cuerpo	Fecha (s)	Resultado/Efecto
Terapia Física (PT) Sesiones # ____			
Referido a un especialista (s) Nombre del doctor (s) _____			
Referido a un neurólogo			
Inyecciones de esteroides (ESI) # ____			
Cirugía ¿cuántas? ____			
Terapia Física después de la cirugía Sesiones # ____			
Work Conditioning # días ____			
Work Hardening # días ____			
Programa de manejo del dolor crónico # días ____			
Examen del Doctor Designado			
Psicoterapia Individual # sesiones ____			
Estimulador de la Médula Espinal prueba ____ implante ____			
Otros:			

EL DOLOR Y SU IMPACTO

Calificar los siguientes usando una escala del 0 al 10, donde 10 es lo peor que usted podría imaginarse.	Grado en que el dolor interfiere con sus actividades cotidianas 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nivel del Dolor promedio : ____ ahora: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ____ en los últimos 6 meses 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Grado en que el dolor interfiere con las actividades recreativas, sociales, familiares 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nivel del Dolor: Sin actividad 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Con actividad 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Grado en que el dolor interfiere con su habilidad a trabajar 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nivel del Dolor: Con medicina 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sin Medicina 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Nivel del Dolor más alto que ha tenido: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nivel del Dolor más bajo que ha tenido: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

HISTORIA DE SALUD MÉDICA Y MENTAL

Por favor enumere todos los procedimientos quirúrgicos y las hospitalizaciones que ha tenido con sus fechas:

Por favor anote cualquier otra condición médica (s) o problema (s), tanto en el pasado y el presente, por los cuales ha recibido tratamiento (por ejemplo: diabetes o la presión, etc.):

¿Alguna vez ha sido tratado por una lesión en la cabeza? Sí No En caso afirmativo, ¿cuándo y cómo?

¿Ha participado anteriormente en consejería o la psicoterapia? Sí No
En caso afirmativo, ¿cuándo y qué le llevó a buscar tratamiento?

¿Ha visto anteriormente a un psiquiatra o ha sido recetado medicamentos para la depresión, la ansiedad, el estado de ánimo o el sueño? Sí No En caso afirmativo, indique los detalles:

¿Alguna vez ha intentado terminar con su vida / de suicidarse? Sí No ¿Alguna vez se ha tratado de hacer daño a sí mismo o ha hecho algo auto lesivo? Sí No En caso afirmativo, indique los detalles:

¿Alguna vez ha sido hospitalizado por problemas psicológicos o psiquiátricos? Sí No
En caso afirmativo, indique los detalles:

HISTORIA SOCIAL, EDUCATIVA Y VOCACIONAL

Edad actual: _____ Raza / Etnia: _____ Lugar de nacimiento: _____

Estado civil: Soltero/a Casado/a (# de años _____) Divorciado/a Separado/a Viudo/a Otro _____

Hijos: # of Hijas ____ Edades de Hijas _____ # of Hijos ____ Edades de Hijos _____

¿Con quién está usted viviendo actualmente?
(por favor marque todas las que apliquen)

Solo/a Esposo/a Padre Madre Hijo(s) Hija(s)
 Hermano/a (s) Otro (s) Mascota (s)
How many people live with you?

Nivel más alto de estudios completado: _____ ¿Dónde? _____

Entrenamiento o Formación especializada,
certificados y licencias que usted tiene:

Idiomas(s) que usted habla: Inglés Español Otro(s) _____

Idiomas (s) que usted entiende: Inglés Español Otro(s) _____

Idiomas(s) que usted lee y escribe: Inglés Español Otro(s) _____

Tipos de empleos desempeñados (Marque todas las que apliquen): trabajos pesados construcción fabricas
 mano de obra especializada (fontanero, electricista, etc) clerical empresario paisajismo campo/agricultura
 conductor entrega de servicios servicios de comida/restaurante servicio de atención al cliente salud
 ventas al por menor enseñanza puericultura supervisión profesional Otros: _____

Historial del trabajo (por favor incluya el trabajo que realizó recientemente y los trabajos donde más tiempo estuvo)

Empleador	Posición	Tiempo	Razón por dejar el Empleo
-----------	----------	--------	---------------------------

Planes Actuales Vocacionales: Volver a trabajar en la misma compañía (mismo empleador) en la misma posición
 Volver a trabajar en la misma compañía (mismo empleador) pero en una posición diferente Volver a trabajar en la misma
 posición en una compañía/empleador diferente Volver a trabajar en una posición nueva en una compañía/empleador
 diferente Buscar entrenamiento y/o educación adicional No sé Otro: _____

CAMBIOS EN EL ESTILO DE VIDA RELACIONADO CON LA LESIÓN

Por favor marque las actividades con las que usted ha tenido dificultades y/o ha tenido que modificar o suspender a causa de su
 lesión en el trabajo: Bañarse Arreglarse Quehaceres del hogar Trabajar en el jardín Cocinar
 Cuidar a los hijos y/o familiares Ejercicio/Jugar deportes Conducir durante más de ____ min/hrs Sentarme durante
 más de ____min/hrs Pararme durante más de ____min/hrs Caminar durante más de ____min/distancia
 Alcanzar Doblarme Encuclillarme Gatear Subir/Bajar Escaleras Levantar/cargar más de ____ libras.
 Actividad Sexual Otro: _____

Por favor anote ejemplos de los cambios o dificultades que ha sufrido:

¿Cuál era su porcentaje de funcionamiento **antes de la lesión** (donde 0% es muerto y el 100% es perfecto)? ____%

¿Cuál es su porcentaje **actual** de funcionamiento? ____%

Estatus de Movilidad: Independiente Incapaz de caminar sin dispositivos de ayuda (por ejemplo, muletas o un bastón)

Dificultad con el equilibrio Caída en los últimos 3 meses Temor de caer Otro: _____

Por favor, indique si ha tenido alguno de los siguientes desde su lesión:

CAMBIOS EN LAS RELACIONES PERSONALES: Más conflictos con la familia Menos involucrado en actividades de la familia Me aílo de los demás Menos participación en actividades sociales No tengo nadie con quien hablar de mi dolor Sintiendo abandonado/a por los compañeros de trabajo solo/a ignorado/a incomprendido/a

CAMBIOS EN LA PERCEPCION: He perdido la confianza en mi mismo
 Estoy más sensible sentimentalmente Me siento mas vulnerable a la crítica Siento que no tengo control de mi vida Me siento inútil impotente como una carga poco atractivo Me siento decepcionado de mi mismo enojado conmigo mismo

TRASTORNOS DEL SUEÑO: Dificultad de conciliar el sueño Múltiples despertares durante la noche, # de veces _____
 Despertar demasiado temprano por la mañana ¿Cuántas horas dormía antes de la lesión? _____ ¿Cuántas ahora? _____

HABITOS PERSONALES: ¿Consumo alcohol? No Sí con la siguiente frecuencia: _____

¿Su uso de alcohol ha cambiado desde la lesión? ningún cambio aumento por _____ disminución por _____

¿Fuma o usa tabaco? No Sí con la siguiente frecuencia: _____

¿Su uso de tabaco ha cambiado desde la lesión? ningún cambio aumento por _____ disminución por _____

¿Ha cambiado su apetito? aumento disminución ningún cambio

¿Ha cambiado su peso? aumento de _____ libras disminución de _____ libras ningún cambio

Por favor, describa cualquier otro cambio que ha sufrido como consecuencia de su lesión:

¿Quién le ha ayudado y/o dado apoyo desde que sufrió su lesión (emocional, económica, con información, etc.)?

¿Cuáles fortalezas o recursos personales tiene usted para ayudarse a manejar los problemas relacionados con las lesiones?

VERIFICACIÓN Y FIRMA

Yo certifico que mis respuestas son verdaderas y correctas según mi mejor conocimiento.

Firma:

Fecha