

# The Ryu Hurvitz Orthopedic Clinic

2936 De La Vina Street First Floor  
Santa Barbara CA 93105  
Telephone (805) 963-2729  
Fax (805) 963-3818

## Cuestionario de Problemas

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_

Apodo/Nombre Preferido: \_\_\_\_\_ Pronombres: \_\_\_\_\_ Sexo: M / F

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Años: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

1. Médico/a de Atención Primaria: \_\_\_\_\_

2. Médico/a Referente (si corresponde): \_\_\_\_\_

3. ¿Dónde está tu principal problema? \_\_\_\_\_ ☐ Derecha ☐ Izquierdo/a ☐ Bilateral

4. ¿Cuál es tu mano dominante? ☐ Derecha ☐ Izquierdo/a ☐ Ambidextro/a

5. ¿Está experimentando alguno de los siguientes problemas? Encierre en un círculo todo lo que corresponda.

- |                  |                                      |
|------------------|--------------------------------------|
| • Dolor          | • Articulación inestable o dislocada |
| • Dolor Nocturno | • Hinchazón                          |
| • Debilidad      | • Entumecimiento                     |
| • Rigidez        | • Otro: _____                        |

6. ¿Cómo empezó tu problema? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7. Aproximadamente hace cuanto tiempo que tiene este problema? \_\_\_\_\_

8. ¿Tu problema está: ☐ mejorando? ☐ empeorando? ☐ sigue siendo el mismo?

9. ¿Su dolor o problema es: ☐ intermitente? ☐ constante?

10. En una escala del 1 al 10, siendo 10 el peor, ¿qué tan grave es su dolor o problema ahora? \_\_\_\_\_

11. ¿Qué empeora su problema? Encierre en un círculo todo lo que corresponda.

- |             |                             |               |
|-------------|-----------------------------|---------------|
| • Ejercicio | • Movimientos Repetitivos   | • Nada        |
| • Sentado   | • Actividades Generales     | • Otro: _____ |
| • De pie    | • Tos, Estornudos, Esfuerzo | _____         |
| • Caminando | • Descansando               | _____         |

## The Ryu Hurvitz Orthopedic Clinic

2936 De La Vina Street First Floor  
Santa Barbara CA 93105  
Telephone (805) 963-2729  
Fax (805) 963-3818

12. ¿Qué ayuda a su problema? \_\_\_\_\_

13. ¿Ha tenido tratamiento médico previo para este problema? ☐ Si ☐ No En caso afirmativo, describa: \_\_\_\_\_

14. ¿Está tomando algún medicamento específico para este problema? ☐ Si ☐ No En caso afirmativo, describa: \_\_\_\_\_

15. ¿Has probado alguna de las siguientes opciones conservadoras? Si es así, ¿cuánto tiempo o con qué frecuencia?

☐ Terapia Física \_\_\_\_\_

☐ Tylenol \_\_\_\_\_

☐ Ibuprofen/Aleve/etc. \_\_\_\_\_

☐ Ejercicios Caseros \_\_\_\_\_

☐ Descanso \_\_\_\_\_

☐ Aspiración \_\_\_\_\_

☐ Hielo \_\_\_\_\_

☐ Inyecciones de esteroides \_\_\_\_\_

☐ Almohadillas Caliente \_\_\_\_\_

☐ Modificación de actividad \_\_\_\_\_

16. ¿Cuál de las siguientes pruebas ha tenido para este problema? Tenga en cuenta la instalación y la fecha aproximada.

• Radiografía \_\_\_\_\_

• Prueba nerviosa (EMG) \_\_\_\_\_

• CT Scan \_\_\_\_\_

• Ultrasonido \_\_\_\_\_

• MRI \_\_\_\_\_

• Other: \_\_\_\_\_

17. Nombre y ubicación de su farmacia preferida: \_\_\_\_\_

18. Enumere todos sus medicamentos y suplementos actuales:

1. \_\_\_\_\_

6. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

7. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

8. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

9. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

10. \_\_\_\_\_

19. ¿Tiene alguna alergia a medicamentos? ☐ Si ☐ No En caso afirmativo, indique la alergia y la reacción: \_\_\_\_\_

## The Ryu Hurvitz Orthopedic Clinic

2936 De La Vina Street First Floor  
Santa Barbara CA 93105  
Telephone (805) 963-2729  
Fax (805) 963-3818

---

20. ¿Tienes alguna alergia a alimentos o metales? ☐ Si ☐ No En caso afirmativo, indique la alergia y la reacción: \_\_\_\_\_

---

21. ¿Tiene antecedentes de alguna de las siguientes enfermedades o afecciones? Encierre en un círculo todo lo que corresponda.

- |                          |                             |
|--------------------------|-----------------------------|
| • Enfermedad del corazón | • Accidente cerebrovascular |
| • Alta presión sanguínea | • Hepatitis                 |
| • Diabetes               | • Tuberculosis              |
| • Coágulos de sangre     | • Cáncer _____              |

22. Por favor enumere cualquier otra condición médica: \_\_\_\_\_

---

23. ¿Alguien en su familia inmediata tiene algún problema médico importante, enfermedad o condición como las mencionadas anteriormente? ☐ Si ☐ No En caso afirmativo, describa: \_\_\_\_\_

---

---

24. Enumere cualquier cirugía anterior que haya tenido con fechas aproximadas: \_\_\_\_\_

---

---

25. ¿Se ha caído en los últimos 12 meses? ☐ Si ☐ No Si es así, ¿cuántas veces? \_\_\_\_\_

26. ¿Cuáles fueron los motivos de las caídas? \_\_\_\_\_

---

27. ¿Cuál es su estado laboral? ☐ No trabajando ☐ Tiempo parcial ☐ Tiempo complete ☐ Jubilado/a

28. Si está trabajando, ¿cuál es su ocupación/título de trabajo? \_\_\_\_\_

29. ¿Planea solicitar alguno de los siguientes debido a este problema?

- Discapacidad: ☐ Si ☐ No
- Compensación del trabajador: ☐ Si ☐ No

## The Ryu Hurvitz Orthopedic Clinic

2936 De La Vina Street First Floor  
Santa Barbara CA 93105  
Telephone (805) 963-2729  
Fax (805) 963-3818

30. ¿Su trabajo requiere alguno de los siguientes?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Levantamiento pesado                               | <input type="checkbox"/> Caminata extendida      |
| <input type="checkbox"/> Flexiones y levantamientos frecuentes              | <input type="checkbox"/> De pie continuo         |
| <input type="checkbox"/> Ponerse en cuclillas o arrodillarse con frecuencia | <input type="checkbox"/> Sentado                 |
| <input type="checkbox"/> Escalada   | <input type="checkbox"/> Movimientos repetitivos |

31. ¿Bebes alcohol? ☐ Si ☐ No En caso afirmativo, ¿cuántas bebidas por semana? \_\_\_\_\_

32. ¿Fumas tabaco? ☐ Si ☐ No En caso afirmativo, ¿cuántos paquetes por semana? \_\_\_\_\_

33. ¿Utiliza drogas ilícitas? ☐ Si ☐ No En caso afirmativo, ¿qué y con qué frecuencia a la semana? \_\_\_\_\_

34. Cuál es tu estado civil? ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐ Pareja domestica

35. ¿Tienes hijos? ☐ Si ☐ No Si es así, ¿cuántos? \_\_\_\_\_

36. Encierre en un círculo cualquier otro problema que esté experimentando actualmente y proporcione los detalles a continuación:

- |                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| • Ojos                              | • Neurológico  |
| • Oreja/Nariz/Garganta              | • Psiquiátrico   |
| • Cardiovascular/ Corazón           | • Endocrino/Hormonal   |
| • Respiratorio                      | • Genitourinario   |
| • Gastrointestinal                  | • Alergia/Inmunología  |
| • Sangre/Adelgazamiento/Coagulación | • Musculoesquelético que no sea la afección por la que lo atienden hoy |
| • Integumentary/Skin                |  |

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante

\_\_\_\_\_  
Fecha