

# 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                     |
| • Rigididad      | • Otro: _____                        |

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

7. Aproximadamente hace cuánto 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 \_\_\_\_\_
- Ibuprofen/Aleve/etc. \_\_\_\_\_
- Descanso \_\_\_\_\_
- Hielo \_\_\_\_\_
- Almohadillas Caliente \_\_\_\_\_

- Tylenol \_\_\_\_\_
- Ejercicios Caseros \_\_\_\_\_
- Aspiración \_\_\_\_\_
- Inyecciones de esteroides \_\_\_\_\_
- Modificación de actividad \_\_\_\_\_

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

- Radiografía \_\_\_\_\_
- CT Scan \_\_\_\_\_
- MRI \_\_\_\_\_

- Prueba nerviosa (EMG) \_\_\_\_\_
- Ultrasonido \_\_\_\_\_
- Other: \_\_\_\_\_

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

18. Enumere todos sus medicamentos y suplementos actuales:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_
9. \_\_\_\_\_
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
- Alta presión sanguínea
- Diabetes
- Coágulos de sangre
- Accidente cerebrovascular
- Hepatitis
- Tuberculosis
- 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 completo  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<br>frecuentes              | <input type="checkbox"/> De pie continuo         |
| <input type="checkbox"/> Ponerse en cuclillas o arrodillarse con<br>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:

- |  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Ojos</li><li>• Oreja/Nariz/Garganta</li><li>• Cardiovascular/ Corazón</li><li>• Respiratorio</li><li>• Gastrointestinal</li><li>• Sangre/Adelgazamiento/Coagulación</li><li>• Integumentary/Skin</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Neurológico</li><li>• Psiquiátrico</li><li>• Endocrino/Hormonal</li><li>• Genitourinario</li><li>• Alergia/Inmunología</li><li>• Musculoesquelético que no sea la<br/>afección por la que lo atienden hoy</li></ul> |
|--|---|

---

Nombre del paciente

---

Firma del paciente o representante

---

Fecha