

Orthopaedics and Rehabilitation Excellence of Miami  
John P. Wilkerson, Jr., M.D  
Cirujano Ortopédico, Certificado por la Junta

Los Síntomas de la Extremidad Superior y Cuestionario Sobre el Dolor

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

Edad \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_ ¿Quién le refirió a esta oficina? \_\_\_\_\_

¿Cuál de las extremidades?: ( ) Derecho ( ) Izquierdo ( ) Ambos

¿Qué parte de la extremidad superior?: ( ) Hombro ( ) Brazo ( ) Codo ( ) Muñeca ( ) Mano ( ) Dedos

Tipo de lesión?: ( ) Lesiones Deportivas ( ) Lesiones de Trabajo ( ) Accidente de auto ( ) Otros, describir \_\_\_\_\_

Fecha aproximada de inicio del dolor: \_\_\_\_\_

Describe cómo se lastimó la extremidad superior: \_\_\_\_\_

Califique su dolor / malestar (circule uno): Ninguno 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Severo

El problema principal: ( ) Dolor ( ) Pérdida de Movimiento ( ) Dolor de Noche ( ) Abolladura ( ) Inestabilidad ( ) Rectificado ( ) Otros \_\_\_\_\_

El dolor es: ( ) Constante ( ) Frecuente ( ) Ocasionalmente ( ) Agudo ( ) Pulsátil ( ) Urente ( ) Descarga Eléctrica ( ) Nada

Localización del dolor: ( ) Delantero ( ) Detrás ( ) Lado ( ) en el Pecho ( ) Irradia Arriba en el Cuello ( ) por el Brazo en la Mano ( ) Otro \_\_\_\_\_

El dolor asociado con: ( ) Resto ( ) Llegar ( ) Dormir ( ) Tirar ( ) Actividades por lo alto ( ) Otros, describir \_\_\_\_\_

El dolor se alivia con: ( ) Resto ( ) Actividad ( ) de Calor ( ) de Hielo ( )

¿Está experimentando entumecimiento en el brazo?: ( ) No ( ) Sí En caso afirmativo, ¿Dónde? \_\_\_\_\_

¿Se puede dislocar el hombro por su cuenta?: ( ) No ( ) Sí ¿Cuántas veces se ha dislocado el hombro? \_\_\_\_\_

¿Participa usted en los deportes? Si es así que: \_\_\_\_\_

¿Su lesión interfiere con el deporte y / o actividades de la vida diaria?: ( ) No ( ) Sí

En caso afirmativo, describa cómo \_\_\_\_\_

Tratamiento hasta la fecha (marque todas las que apliquen):

( ) Ninguno

( ) sala de emergencias del hospital \_\_\_\_\_ que uno \_\_\_\_\_

( ) La medicina, la lista de \_\_\_\_\_ con qué resultados: ( ) mayor ( ) peor ( ) igual

( ) La inyección de cortisone, con qué resultados: ( ) mayor ( ) peor ( ) igual

( ) MRI/radiografías, cuándo \_\_\_\_\_

( ) La terapia física, cuánto tiempo \_\_\_\_\_, con qué resultados: ( ) mayor ( ) peor ( ) igual

( ) Cirugía, procedimiento quirúrgico: \_\_\_\_\_ Cirujano \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

( ) Otros, describir \_\_\_\_\_

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_