

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

Síntomas y cuestionario de dolor de la columna vertebral

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

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

¿Qué le duele?: ( ) Cervical/cuello ( ) tórax/superior de la espalda ( ) Lumbar/espalda baja ( ) Derecha ( ) Izquierda ( ) Ambas

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

Describa cómo se lesionó: \_\_\_\_\_

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

Mi dolor se describe mejor como (marque todas las que apliquen): ( ) Constante ( ) Frecuente ( ) Ocasionalmente ( ) Agudo ( ) Pulsátil ( ) Urente ( ) Descarga Eléctrica ( ) Nada ( ) Latidos ( ) Opresión ( ) cólicos ( ) adolorido ( ) se irradia hacia los hombros ( ) se irradia hacia abajo del brazo ( ) se irradia hacia abajo mis piernas

¿Está teniendo entumecimiento?: ( ) No ( ) Sí En caso afirmativo, dónde \_\_\_\_\_

Mi dolor es (marque todas las que apliquen):	Mejor	Peor	Igual
En la mañana	_____	_____	_____
Se inclina hacia adelante	_____	_____	_____
Sentado en el carro	_____	_____	_____
Durante el medio día	_____	_____	_____
Acostado sobre el estómago	_____	_____	_____
Toser o estornudar	_____	_____	_____
Caminar/estar de pie por una temporada	_____	_____	_____
Permanecer sentado	_____	_____	_____

El dolor se alivia con: ( ) Resto ( ) actividad ( ) calor ( ) hielo ( ) Medicamentos, en caso afirmativo liste \_\_\_\_\_

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

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

( ) Ninguno

( ) sala de emergencias del hospital \_\_\_\_\_ cual \_\_\_\_\_

( ) La medicina, liste \_\_\_\_\_ con qué resultados: ( ) mejor ( ) peor ( ) igual

( ) Inyección de epidural, \_\_\_\_\_ con qué resultados: ( ) mejor ( ) peor ( ) igual

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

( ) Terapia física, cuánto tiempo \_\_\_\_\_ con qué resultados: ( ) mejor ( ) peor ( ) igual

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

( ) Otros, describa \_\_\_\_\_

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