

Complete solo el formulario de la parte o partes del cuerpo que se lesionaron. Puede escribir en este formulario desde una computadora o un teléfono, guardarlo y enviarlo por correo electrónico a info@mlenj.com antes de su cita, o imprimirlo y traerlo. Traiga también cualquier radiografía, resonancia magnética o tomografía (películas o discos) que tenga.

Nombre completo**Fecha de nacimiento****Fecha de hoy**

Su lesión

¿Qué lado se lesionó?☐ Izquierdo ☐ Derecho**¿Qué parte se lesionó? (marque todas las que correspondan)**☐ Hombro ☐ Brazo ☐ Codo ☐ Antebrazo ☐ Muñeca ☐ Mano ☐ Dedo(s)**¿Cuándo ocurrió la lesión?****¿Cómo ocurrió la lesión?****¿Es usted diestro o zurdo?**☐ Diestro ☐ Zurdo**¿Tenía problemas con esta parte del cuerpo antes de la lesión?**☐ Sí ☐ No

Tratamiento y trabajo

¿Qué tratamientos ha recibido por esta lesión? (marque todos los que correspondan)☐ Cirugía ☐ Inyecciones ☐ Terapia física**¿Está trabajando actualmente?**☐ Sí ☐ No**¿Cuál es su trabajo?**

Dolor

¿Tiene dolor?☐ Sí ☐ No**¿Toma medicamentos para el dolor? Si es así, escríbalos:**

Dolor ahora (0 = sin dolor, 10 = el peor dolor imaginable)

[illegible]

Dolor en su peor momento (0 = sin dolor, 10 = el peor dolor imaginable)

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

¿Dónde tiene el dolor? (marque todos los que correspondan)

☐ Hombro ☐ Brazo ☐ Mano ☐ Dedos

¿Cómo es el dolor? (marque todos los que correspondan)

☐ Agudo ☐ Sordo ☐ Ardiente ☐ Punzante ☐ Persistente ☐ Pulsátil

☐ Picazón o ardor leve

Otro:

¿Con qué frecuencia tiene dolor?

☐ A veces ☐ Todo el tiempo ☐ Nunca

¿Tiene entumecimiento, hormigueo u otras sensaciones anormales en los brazos o las manos?

☐ Sí ☐ No

Si respondió que sí, explique:

Actividades

¿Qué actividades le resultan difíciles ahora? (marque todas las que correspondan)

En el trabajo

☐ Levantar cosas ☐ Cargar objetos ☐ Usar una computadora ☐ Usar herramientas

En la casa

☐ Lavar la ropa ☐ Barrer ☐ Pasar la aspiradora ☐ Alcanzar cosas en lo alto

☐ Fregar ollas o sartenes ☐ Cortar el césped ☐ Trabajar en el jardín ☐ Hacer reparaciones

Tiempo libre

☐ Andar en bicicleta ☐ Practicar deportes ☐ Jugar con niños ☐ Cargar niños

☐ Hacer ejercicio en el gimnasio ☐ Levantar pesas

Actividades diarias

☐ Manejar ☐ Vestirse ☐ Bañarse ☐ Hacer las compras ☐ Escribir ☐ Dormir

Otras actividades que le resultan difíciles: