Medico-Legal Evaluations, P.A.
Phone 732-972-4771 · Fax 732-972-0022 · info@mlenj.com

Cuestionario de lesión del cuello

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

¿Cuándo ocurrió la lesión?

¿Cómo ocurrió la lesión?

¿Tenía problemas del cuello 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 ☐ Tratamiento quiropráctico

¿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)

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

0 = Sin dolor 10 = El peor dolor

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)

☐ Cabeza ☐ Cuello ☐ Espalda ☐ Hombros ☐ Brazos ☐ Manos ☐ Caderas
☐ Piernas ☐ Pies ☐ Otro

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

☐ Agudo ☐ Sordo ☐ Ardiente ☐ Punzante ☐ Persistente

Otro:

¿Con qué frecuencia tiene dolor?

☐ A veces ☐ Todo el tiempo ☐ Nunca

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

☐ Sí ☐ No

Si respondió que sí, explique:

Actividades

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

En el trabajo

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

En la casa

☐ Lavar la ropa ☐ Subir o bajar escaleras ☐ Barrer ☐ Pasar la aspiradora
☐ Fregar ollas o sartenes ☐ Cortar el césped ☐ Trabajar en el jardín ☐ Hacer reparaciones
☐ Subir escaleras de mano

Tiempo libre

☐ Andar en bicicleta ☐ Practicar deportes ☐ Jugar con niños ☐ Cargar niños ☐ Pasear al perro
☐ Caminar por placer ☐ Trotar ☐ Hacer ejercicio en el gimnasio ☐ Levantar pesas ☐ Bailar
☐ Viajar

Actividades diarias

☐ Manejar ☐ Vestirse ☐ Dormir ☐ Arrodillarse ☐ Caminar ☐ Actividad sexual

Otras actividades que le resultan difíciles: