

Paciente: _____

Fecha de hoy: ____/____/____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: ____ ¿Alguien le acompañó hoy? Sí No Nombre: _____

Médico remitente: _____

Médico principal, si difiere: _____

¿Cuándo empezó a tener dolores de la espalda? _____ Describa la ubicación del dolor: _____

Marque con un círculo el área del diagrama que corresponde a la parte de la espalda que le duele más.

¿Sabe cómo ocurrió la fractura? Sí No
Si la respuesta es sí, describa: _____

Tiene una sensación del dolor en la(s) pierna(s)? Sí No

Considerando una escala del 0 al 10, en que 0 significa NO LE DUELE y 10 significa que TIENE UN DOLOR FUERTE:

¿Cómo calificaría el dolor cuando **empezó la primera vez?**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Cómo calificaría el dolor ahora?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Se ha sometido a una IRM de la espalda? Sí No
Si la respuesta es sí, ¿dónde se realizó el IRM?: _____



Fecha del IRM: ____/____/____ ¿Hay cualquier razón por la cual no puede tener un IRM, por ejemplo, tiene un clip de aneurisma o un marcapasos? Sí No Si la respuesta es sí, por favor explique: _____

¿Se ha sometido a un estudio de densidad ósea (DEXA scan) para determinar si sufre de osteoporosis? Sí No
Si la respuesta es sí, ¿dónde la realizó? _____ Fecha de la DEXA: ____/____/____

Resultados: _____

Usted vive: Solo Con cónyuge o pariente En una institución de vivienda asistida Otro

¿Puede realizar tareas rutinas de la vida diaria?: (ir de compras, limpiar, cocinar, vestirse, etc.) Sí No

Sí, con límites (explique) _____

Marque todo lo que aplica: Osteoporosis Diabetes Presión arterial alta
 Problemas con pulmones/respirar Dispuesto a caídas Problemas con tiroides
 Problemas con el corazón Stents coronarios (dentro del último año)
 Fuma cigarrillos Esteroides (Prednisone) Dolor de espalda
 Cirugía previa en la espalda Cáncer, describe: _____

Por favor, complete la otra cara de este formulario

Escriba todos los medicamentos que toma actualmente, incluyendo hierbas:

¿Toma anticoagulantes como las marcas Coumadin (warafin), Plaxix, Lovnox, Heparin o aspirina? Si la respuesta es sí, escriba cuál y la dosis que toma cada día: _____

Escriba toda alergia a medicamentos: NINGUN Tengo alergia a: _____

¿Tiene alergia al tinte de radiografía (usado por las tomografías computarizadas, angiogramas, catéter cardíaco, estudios de los riñones, etc. No es el mismo tinte que usan cuando realizan los IRM.) NO Sí

Si la respuesta es sí, describa la reacción y cuándo ocurrió:

Firma del Paciente : _____

(PHYSICIAN USE ONLY/SOLO PARA USO DEL MÉDICO)

Does patient wish to be scheduled? YES NO

Schedule for: Dr. Payne Dr. Knelson Dr. Mathan Dr. Harris

DATE: _____/_____/_____

Level(s): _____

BIOPSY? Yes No Hx: _____

Patient TBA? Yes No

Scheduled by: _____