

Bienvenidos a nuestra Práctica

Fecha de hoy: _____

Paciente Información

Apellido		Primer	MI	apellido de soltera	Género M / F
Fecha de nacimiento	Seguridad Social		Estado civil <input type="radio"/> soltero <input type="radio"/> Casado <input type="radio"/> Viuda <input type="radio"/> Divorciado <input type="radio"/> Otro		
Dirección		Ciudad		Estado	Código postal
Número principal ()		Número alternativo ()		Correo electrónico	
origen étnico	Carrera	Nombre del empleador Y Número de teléfono			
Contacto de emergencia	Teléfono Número		Preferido Lengua		

INSURANCE INFORMATION

Primaria Seguro	Política Número	Grupo Número
Suscriptor Nombre	Social Seguridad	Relación al Paciente

Información sobre compensación del trabajador, vehículo sorteador o reclamo de lesiones

¿Su dolor es el resultado de una Lesión de Compensación del Trabajador? Sí No

Worker's Comp Company _____ Teléfono Número _____

¿Su dolor es el resultado de un accidente automovilístico o una lesión personal? Sí No
(Se le dará una página separada para describir los detalles de su accidente)

Fecha del accidente _____

Preferido Farmacia

Farmacia Nombre _____ Teléfono Número _____

Dirección _____
(Enumere las calles cruzadas si no está seguro de la dirección exacta)



Asignación de Seguro de Salud y Accidentes Privados y Grupos para Pago Directo al Médico

Por la presente instruyo y ordeno a mi compañía de seguros a pagar por cheque hecho y enviado directamente a: **Interventional Pain Management**, para beneficios de gastos profesionales o médicos permitido, anuncio de otra manera pagadero a mí bajo mi póliza de seguro actual como pago a los cargos totales por servicios profesionales representados.

Esta es la asignación directa de mis derechos y beneficios bajo esta política

Este pago no excederá mi endeudamiento con el cesionario antes mencionado, y he acordado pagar cualquier saldo de dichos cargos de servicio profesional por encima de este pago de seguro, excepto en los casos en que la tarifa del seguro sin culpa o de compensación de trabajadores se aplican los horarios.

También entiendo y acepto que soy responsable en última instancia de todas las tarifas, incluidos los costos razonables de cobro. Esta asignación de beneficios no me libera de la obligación de pagar honorarios profesionales.

Una copia con fotografía de esta asignación se considerará efectiva y válida como la original

Autorizo la divulgación de cualquier información pertinente a mi caso a cualquier compañía de seguros, ajustador o abogado involucrado en este caso.

Política de Nombramientos

En un esfuerzo por proporcionar un tratamiento eficiente a todos nuestros pacientes, es la política de esta empresa que si usted no puede hacer su cita programada, debe llamar para cancelar la cita a más tardar 24 horas antes de la hora programada. Si no cancela su cita en la oficina o no se presenta a su cita, se le cobrará una tarifa "NO SHOW" de \$30.00 por ocurrencia. Si usted está programado para un procedimiento y no cancela la cita a más tardar 24 horas antes o no presentarse a su procedimiento, se le cobrará una tarifa de \$100. Para la mayoría de los planes de seguro y los cargos de los transportistas de Compensación de Trabajadores "NO SHOW" son un servicio no cubierto. Usted será el único responsable del pago de este cargo. Repetir "NO SHOWS" y cancelaciones de sus citas programadas pueden resultar en que usted sea DESCARGADO de la atención en **el Manejo Intervencionista del Dolor**.

Si llegas **15 minutos tarde** después de tu cita programada, tu cita será reprogramada para la próxima cita disponible. Si tiene alguna pregunta con respecto a nuestra política, por favor hable con nuestro personal antes de firmar.

Aviso de reconocimiento de prácticas de privacidad

Se proporciona un **Aviso de Prácticas de Privacidad (NPP, por sus)** a todos los pacientes. Este Aviso de Prácticas de Privacidad identifica: 1) cómo la información médica sobre usted puede ser utilizada o divulgada; 2) sus derechos a acceder a su información médica, modificar su información médica, solicitar una contabilidad de las divulgaciones de su información médica y solicitar restricciones adicionales sobre nuestros usos y divulgaciones de esa información; 3) sus derechos a quejarse si cree que sus derechos de privacidad han sido violados; y 4) nuestras responsabilidades para mantener la privacidad de su información médica.

El abajo firmante certifica que ha leído lo anterior, ha recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad y es el paciente, o el representante personal del paciente.

Paciente Firma

Fecha

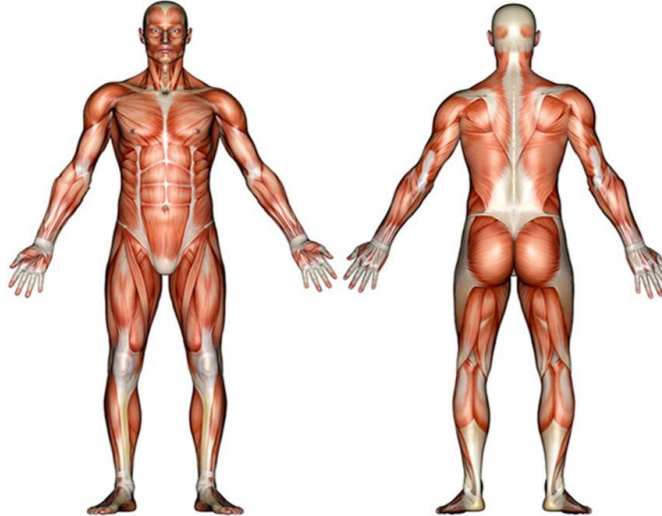
Yo (nosotros) el paciente firmante y/o la parte responsable por la presente autorizo a esta oficina a divulgar información médica, de facturación y de citas a los siguientes miembros de la familia en lugar de mí mismo:

- 1. _____ Relación: _____
- 2. _____ Relación: _____

***Por favor entienda que a menos que el nombre aparezca en este formulario, NO PODEMOS revelar ninguna información del paciente. ***

Confidencial Nuevo Paciente Cuestionario

Marca en la foto donde estás teniendo dolor. También marque (X) para Entumecimiento, (T) para Hormigueo, (B) para Quemar.



¿Dónde está tu dolor? Cuello Brazo Inferior Atrás Pierna Otro _____

¿Qué tan malos son los síntomas en sus:

Mejor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Peor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hoy	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Duración del dolor:

< 1 Semana 1-4 Semanas 1-3 Meses 6-12 Meses > 1 año

Cómo/Cuándo comenzó el dolor? _____ (Mes/año)

Accidente de trabajo Sigüientes Cirugía
 Casa Accidente Desconocido
 AutoAccidente Otro _____

¿Cómo ha cambiado la intensidad del dolor desde que comenzó?

Continuamente Constantemente (La mayor parte del día) Ocasionalmente (Menos de la mitad del día)
 Pocas veces a la semana

Seleccione uno o más elementos a continuación para describir la naturaleza de su dolor:

Palpitante Disparos Agudo Calambres Caliente/Quema
 Dolor Apuñalar Hormigueo Adormecer Aburrido Dolor

¿Cómo afectan el dolor los siguientes factores?

	Mejor	Peor	No Efecto		Mejor	Peor	No Efecto
Compresas de calor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cambios climáticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Compresas frías	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Acostado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sentado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Masaje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Caminar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elevación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sexo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

¿Ha tenido imágenes hechas en el último año (MRIs, CT escaneos, etc.)? Si es así, ¿dónde? _____

¿Tiene algún metal, alfileres, tornillos, objetos extraños en su cuerpo? Sí No _____

Confidencial Nuevo Paciente Cuestionario (cont.)

¿Cuáles de los siguientes se ven afectados por el dolor?

- Modo Actividades de la vida Interacción social Tareas domésticas Cayendo Dormir
 Permanecer dormido Trabajo Actividad Sexual

¿Ha recibido alguno de los siguientes tratamientos para el dolor?

Tratamiento	Fechas	Tratamiento	Fechas
Acupuntura		Masaje	
Ejercicio		abrazadera	
Bloques de facetas		Psicoterapia	
Punto de disparo		Epidurales	
Quiropráctico		Unidad TENS	
Fisioterapia		Bloques nerviosos	

Historia Médica Pasada

- SIDA O VIH Anemia Artritis Asma Sangrado Desorden Cáncer Depresión
Diabetes Tipo I or Tipo II Enfisema Fibromialgia Gout Jaquecas/Migrañas enfermedad cardíaca
Hepatitis (A, B, C) Presión arterial alta Enfermedad tiroidea Insomnio Enfermedad renal Piedras
Agrandamiento de la próstata Trastorno(s) mental(es) Tejas Golpe Tuberculosis

Por favor, enciéntenos acerca de cualquier CIRUGÍA que haya tenido, puede indicar la fecha/año si se conoce:

Cirugía	Fecha

Por favor, cuéntenos sobre su HISTORIA FAMILIAR:

- NO TENGO HISTORIA MÉDICA FAMILIAR SIGNIFICATIVA I AM ADOPTADO (Historia Familiar Desconocida)

Marcar con un <input type="checkbox"/>	Cáncer	Diabetes	Enfermedad Cardíaca	Problemas Renales	Trastornos Mentales	Problemas de la columna vertebral	Cerebral
Madre							
Padre							
Hermano(s)							
Hermana(s)							
Otro Condiciones							

HISTORIA SOCIAL

Ocupación: _____

¿Fumas tú?? Sí No Cuántos paquetes /Día? _____ ¿Años? _____

¿Fumaste en el pasado, pero dejaste? Sí No Cuando? _____

¿Beber alcohol? Sí No En caso afirmativo, ¿cuánto? _____

¿Utiliza cualquiera otra droga (¿Marihuana, Cocaína, Etc.?) Sí No

En caso afirmativo, por favor nombre: _____

Estado civil Soltero Casado Divorciado Viuda

¿Vives solo? Sí No Si no, con quién vives? _____

SOLO PARA FEMALES: 

¿Está embarazada? Sí No No estoy seguro Iniciales del paciente _____

MEDICAMENTOS ACTUALES

¿Está tomando un medicamento de **adelgazamiento** de la **sangre** prescrito? Sí No

Por favor, enumere TODOS los medicamentos que está tomando actualmente. Adjunte una hoja adicional, si es necesario.

Nombre de la medicación	Dosage (i.e. milligram)	Cómo tomar (es decir, 1 comprimido al día)

¿Enumera algún medicamento para el dolor que hayas probado en el pasado? _____

¿Es **alérgico** a algún medicamento? _____

REVISIÓN DE LOS SISTEMAS

¿Está experimentando alguno de los siguientes?

General Pérdida de apetito Pérdida de peso reciente Fiebre/Escalofríos Fatiga Los sudores nocturnos

Endocrino/Hematológicas Calor/Intolerancia al frío Hematomas fáciles Sangrado fácil Cambios visuales

Cardiovascular Dolor en el pecho Palpitaciones Hinchazón de las piernas

Respiratory Dificultad para respirar Tos Sibilancias

Eyes Visión borrosa Visión doble Pérdida de la visión Dolor ocular

Genitourinary Dolor de urinación Sangre en la orina Urinación frecuente

Skin Erupción Picazón Otros cambios en le piel

Gastrointestinal Náuseas y/o Vómitos Acidez Sangre en heces Estreñimiento

Ear/Nose/Throat Ronquera Perdida auditiva Dificultad para tragar Dolor de oído

Neurological Temblores Mareos Hormigueo Convulsiones

Psychiatric Depresión/ Ansiedad Suicida Pensamientos Droga/Adicción al alcohol Problemas para dormir



ACUERDO DE PROTOCOLO DE OFICINA

Los siguientes protocolos son necesarios para proporcionar la atención adecuada a todos nuestros pacientes. Por favor revise, inicialé cada entrada y signo a continuación indicando que entiende estos protocolos de oficina y acepta cumplir con ellos. La falta de firma no invalida estos protocolos.

- Entiendo que las recargas se dan en el momento de la visita a la oficina. Las recargas no se realizan por teléfono. _____(Inicial)
- Entiendo con terapia de sustancias controladas (narcóticos), se espera que tenga que someterme a pruebas aleatorias de drogas de orina como parte de mi plan de tratamiento. _____(Inicial)
- Entiendo que soy un participante activo en mi atención médica y acepto cumplir el plan de tratamiento dado y revisado conmigo en cada visita. Entiendo que cualquier cambio en las condiciones puede necesitar una visita a la oficina para la reevaluación. Para cambios agudos en mi condición, es posible que necesite acceder a la atención a través de la sala de emergencias. _____(Inicial)
- Entiendo que esta práctica utiliza profesionales de nivel medio como los asistentes del médico. Proporcionan atención en términos de evaluación de nuevos pacientes; evaluación de pacientes en seguimientos rutinarios; evaluación de cualquier cambio en las condiciones; educación del paciente en condiciones, medicamentos y opciones de tratamiento. _____(Inicial)
- Entiendo que mi acceso a la atención por teléfono o en el lugar requerirá que mi comportamiento sea de una manera que no sea abusiva para el personal. Acepto abstenerme por comportamientos que reflejen gritos, maldiciones, insultos o múltiples llamadas en el mismo día. Entiendo que este comportamiento puede terminar mi relación con esta práctica. _____(Inicial)
- Acepto cancelar mis citas establecidas por adelantado para beneficiar a otros pacientes que están en necesidad de citas anteriores. Entiendo que no presentarme a una cita sin llamar con anticipación, puede ser un factor en la continuación o interrupción de mi cuidado con este grupo. _____(Inicial)
- Entiendo que debo llegar 15 minutos antes de mi hora de cita para registrarme para las citas de seguimiento y 45 minutos antes de una nueva cita con el paciente. _____(Inicial)

Nombre del paciente: _____
(Impresión Nombre)

Pacientes Firma: _____

Fecha: _____



ACUERDO DE SUBSTANCE CONTROLADA

I _____ estoy un contrato con *Interventional Pain Management/ TriCity Pain Associates* y sus médicos – **Dr. Urfan Dar, Dr. Sridhar Vasireddy, Dr. Kanishka Monis, Dr. Isaac Tong, Dr. Raheel Bengali, Dr. David Kim, Dr. Gary Kao, Dr. Joshua Shroll, Dr. Jeremy Epstein, Dr. Matthew Hellman, Dr. Rizwan Khan, Dr. Hari Prabhakar, Dr. Chonghua Wang, Dr. Darius Zagunis, Howard Kagan PA-C, Christopher Watson PA-C, Mustafa Monis PA-C, Gabrielle Turner PA-C, y Ying Frappolli RPA-C, MPAS, , Stephanie Buchhorn, APRN, AGPCNP-BC** con respecto a la prescripción de narcóticos crónicos para mi dolor. Entiendo que si rompo este acuerdo toda la terapia con narcóticos puede ser descontinuada.

Estoy de acuerdo con lo siguiente:

1. Todas las sustancias controladas deben provenir del médico asignado a su cuidado, o durante su ausencia, por el proveedor que cubre, a menos que se obtenga una autorización específica para una excepción. Usted no debe recibir ninguna receta de narcóticos o drogas sedantes de cualquier otro proveedor.
2. El proveedor de prescripción tiene permiso para discutir todos los detalles de diagnóstico y tratamiento con farmacéuticos dispensadores u otros profesionales que proporcionan su atención médica con el propósito de mantener la responsabilidad.
3. Todas las sustancias controladas deben obtenerse en la misma farmacia, siempre que sea posible. En caso de que surja la necesidad de cambiar de farmacia, nuestra oficina debe ser informada. La farmacia que ha seleccionado es:

Nombre de la farmacia: _____ Farmacia #: _____

4. Se solicitarán exámenes de toxicología de orina o suero aleatorios, y se requiere su cooperación. La presencia de sustancias no autorizadas puede provocar la terminación de su tratamiento opioide y la derivación para la evaluación de conductas adictivas.
5. Las recargas se llevarán a cabo mensualmente y **SOLO** después de una visita y examen físico. **NO SE HACEN REFILLS SOBRE EL TELEFONO. NO SE OTORGA NINGUNA REFILLA TRAS HORAS, FINES DE SEMANA Y/O VACACIONES.** Las renovaciones están supeditadas a mantener citas programadas. Por favor, no llame por teléfono para las recetas después del horario de atención o los fines de semana.
6. Si las solicitudes de recarga se realizan fuera del horario de atención, el servicio de atención le indicará que vaya a una sala de emergencias de su elección.
7. Se espera que informe a nuestra oficina de cualquier medicamento nuevo, o condiciones médicas, y de cualquier efecto adverso que experimentó de cualquier medicamento que tome.

8. Las recetas pueden ser emitidas temprano si el médico o el paciente estará fuera de la ciudad cuando la recarga sea debido. Estas recetas contendrán instrucciones al farmacéutico de que no se hayan llenado antes de la fecha apropiada. No habrá recargas tempranas ni recetas anteriores. Cualquier evidencia de prescripción, recetas falsificadas, abuso de sustancias o comportamiento aberrante (incluyendo abuso verbal a nuestro personal de oficina) resultará en la terminación de la relación paciente-médico.
9. Los medicamentos no serán reemplazados si se pierden, se roban, se destruyen, se dejan en el avión, etc. Es SU responsabilidad proteger sus medicamentos.
10. Una receta oficial, escrita para una sustancia controlada del Anexo II, debe llenarse dentro de los 21 días posteriores a la fecha en que se emitió la receta. Si usted se aferra a la receta más de 21 días o se olvida de recogerla de la farmacia, no se volverá a escribir hasta que se le ve en una visita a la oficina. **¡Sin Excepciones!**
11. Las recetas deben utilizarse **SOLAMENTE** según lo escrito. No se permitirá el uso de mayor cantidad de medicamentos sin consultar con un médico.
12. Usted **NO** puede compartir, vender o permitir que otros tengan acceso a estos medicamentos.
13. Los envases originales de medicamentos deben llevarse a cada visita a la oficina.
14. Dado que los medicamentos pueden ser peligrosos o letales para una persona que no es tolerante a sus efectos, especialmente un niño, debe mantenerlos fuera del alcance de esas personas.
15. Los términos de terminación incluirán una carta escrita a usted y el cumplimiento de sus necesidades médicas, un mes después de la fecha de terminación.
16. POR FAVOR PERMITA 48 – 72 HORAS PARA REFILLES DE MEDICAMENTO.
17. Debido a las abrumadoras llamadas telefónicas para recargas de recetas, si llama a Interventional Pain Management/Tri- City Pain Associates para recargas de medicamentos, se le permitirá una llamada telefónica por día, si llama varias veces al día, se le cobrará una tarifa de \$5 por llamada.

Tu dolor es **TU** responsabilidad. Hacer citas para recargas de medicamentos es **TU** responsabilidad. Tri-City Pain Associates le proporcionará apoyo médico en su búsqueda para minimizar su dolor. Debes hacer nuevos esfuerzos para mejorar los hábitos de sueño, la nutrición, el peso corporal, el acondicionamiento y el estado psicológico. Los narcóticos **no** son la respuesta al dolor crónico, pero se pueden utilizar para mejorar eficazmente el dolor.

Firma del paciente

Fecha



FORMULARIO DE REGISTROS MÉDICOS
EL PROPÓSITO DE ESTA LIBERACIÓN ES A PETICIÓN DEL PACIENTE.

Fecha:
Nombre del paciente: DOB:
Dirección del paciente: Ciudad/Estado/Zip:
Teléfono del paciente# Seguridad Social#

Por la presente autorizo:
Dirección:
Teléfono: Fax:

Para divulgar mis registros médicos a: Interventional Pain Management/Tricity Pain Associates

- Urfan Dar, M.D. Sridhar Vasireddy, M.D.
Kanishka Monis, M.D. Raheel Bengali, M.D.
Isaac Tong, M.D. David Kim, M.D.
Gary Kao, M.D. Joshua Shroll, M.D.
Jeremy Epstein, M.D. Rizwan Khan, M.D.
Matthew Hellman, M.D. Hari Prabhakar, M.D.
Chonghua Wang, M.D. Darius Zagunis, M.D.

Teléfono: 210-268-0129 Fax: 210-497-3593

Lo siguiente está autorizado para su liberación:

- TODO registros médicos, incluyendo informes/notas clínicas, de progreso y de procedimientos
Datos demográficos y seguros tarjeta
Resultados de laboratorio, Informes de imágenes, Resultados de toxicología de orina.

Entiendo que la información en mi historial médico puede incluir información relacionada con la enfermedad de transmisión sexual (SIDA/VIH). También puede incluir información sobre el comportamiento, o el servicio mental, y el tratamiento para el abuso de alcohol y drogas.

Firma del paciente/ Representante Legal Fecha

Nombre de impresión

La información contenida en este facsímil o en los archivos adjuntos es información privilegiada y confidencial destinada únicamente a la persona a la que se dirige. Si el receptor de este facsímil no es el destinatario de los nombres, se le notifica que cualquier difusión, distribución y/o copia de esta comunicación está estrictamente prohibida. Si ha recibido esta comunicación por error, notifiquenos inmediatamente por teléfono y destruya o devuelva la copia original a la dirección anterior.

ORINA (UDS) DROGA CHEQUEO POLITICA

1. UDS - primera visita si el paciente toma opioides o desea que IPM/TPA controle sus medicamentos.
2. UDS - (aleatorio) 3-4 veces/año a partir de entonces para pacientes de bajo riesgo.
Bajo riesgo = Anterior UDS todos han cumplido. El paciente no presenta un comportamiento anormal.
3. UDS - cada 2-3 meses para pacientes de riesgo moderado.
Moderado Riesgo = antecedentes de encarcelamiento, violencia doméstica, depresión, trastorno de ansiedad y enfermedad mental general.
4. UDS - mensual y aleatorio para pacientes de alto riesgo.
Alto Riesgo = antecedentes de abuso de opioides, antecedentes de abuso de alcohol, altas dosis de opioides, antecedentes de medicamentos perdidos/robados.

FALLO EN LA PANTALLA DE DROGAS EN LA ORINA:

- Cocaine- terminación inmediata en primera ofensa
- Metanfetamina- terminación inmediata en primera ofensa
- Heroína Y Fenciclidina - terminación inmediata en primera ofensa
- THC- el paciente debe ser visto y aconsejado, y luego el paciente debe ser visto mensualmente con pruebas aleatorias realizadas. Se debe informar al paciente que la segunda infracción podría conducir únicamente al manejo no opioide (inyecciones, NSAIDS) o a la terminación.
- 2 UDS fallido- Paciente colocado en el manejo no opioide solamente (inyecciones, NSAIDS) o terminación.

Firma del paciente

Fecha

POLÍTICA DE RECARGA DE MEDICAMENTOS

1. Cuando llegue el momento de una recarga de recetas, pídale a su farmacia que llame a nuestra oficina.
2. Es nuestra política que no llenamos recetas tempranas o perdidas por ninguna razón.
3. Los pacientes deben llamar con 3 días hábiles de antelación para una recarga para asegurarse de que no se quede sin medicamentos.
4. La Agencia Antidrogas y el Departamento de Seguridad Pública de Texas monitorean cuidadosamente los medicamentos triplicados.
5. Los siguientes analgésicos narcóticos requieren Triplicado y no pueden ser llamados a la farmacia:
 - Morphine (MS Contin, Avinza), Dilaudid (Hydromorphone), Kadian Oxycodone, Oxycontin, Percocet, Methodone, Duragesic or Fentanyl patches, Norco/Vicodin (Hydrocodone/Acetaminophen)
6. Los pacientes con analgésicos Triplicarte DEBEN ser vistos al menos cada 2 meses.
7. Los medicamentos se llenarán:
 - Después de las 4:00pm de lunes a viernes
8. Medications will NOT be filled:
 - Fines de semana y festivos
9. Es importante que usted asuma la responsabilidad de llevar un registro de sus medicamentos.
10. Obtener medicamentos narcóticos de un solo médico.
11. Solo puede usar una farmacia para medicamentos recetados.

Firma del paciente

Fecha

Oswestry Discapacidad Índice

Sección 1 – Intensidad del dolor

- No tengo dolor en este momento.
- El dolor es muy leve en este momento.
- El dolor es moderado en este momento.
- El dolor es bastante intenso en este momento.
- El dolor es muy intenso en este momento.
- El dolor es lo peor imaginable en este momento.

Sección 2 – Cuidado personal (lavado, apósito, etc.)

- Puedo cuidar de mí mismo normalmente, pero es muy doloroso.
- Puedo cuidar de mí mismo normalmente, pero es muy doloroso.
- Es doloroso cuidarme a mí mismo y soy lento y cuidadoso.
- Necesito ayuda, pero manejo la mayor parte de mi cuidado personal.
- Necesito ayuda todos los días en la mayoría de los aspectos de mi cuidado personal.
- Necesito ayuda todos los días en la mayoría de los aspectos del autocuidado.
- No me visto, me lavo con dificultad y me quedo en la cama.

Sección 3 - Elevación

- Puedo levantar pesas pesadas sin dolor extra.
- Puedo levantar pesas pesadas, pero da dolor extra.
- El dolor me impide levantar pesas pesadas del suelo, pero puedo manejarse están convenientemente posicionados (es decir, en una mesa).
- El dolor me impide levantar pesos pesados, pero puedo manejar pesos ligeros a medianos si están convenientemente posicionados.
- Sólo puedo levantar pesos muy ligeros.
- No puedo levantar ni llevar nada en absoluto.

Sección 4 – Caminar

- El dolor no me impide caminar a ninguna distancia.
- El dolor me impide caminar más de 1 milla.
- El dolor me impide caminar más de 1/4 de milla.
- El dolor me impide caminar más de 100 yardas.
- Sólo puedo caminar usando un palo o muletas.
- Estoy en la cama la mayor parte del tiempo y tengo que arrastrarme hasta el baño.

Sección 5 – Sentado

- Puedo sentarme en cualquier silla mientras me guste.
- Puedo sentarme en mi silla favorita mientras me guste.
- El dolor me impide sentarme durante más de 1 hora.
- El dolor me impide sentarme durante más de 1/2 hora.
- El dolor me impide sentarme durante más de 10 minutos.
- El dolor me impide sentarme.

Sección 6 – En pie

- Puedo soportar el tiempo que quiera sin dolor extra.
- Puedo soportar lo que quiera, pero me da un dolor extra.
- El dolor me impide estar de pie más de 1 hora.
- El dolor me impide estar de pie durante más de 1/2 hora.
- El dolor me impide estar de pie durante más de 10 minutos.
- El dolor me impide estar de pie.

Sección 7 – Dormir

- Mi sueño nunca se ve perturbado por el dolor.
- Mi sueño es ocasionalmente perturbado por el dolor.
- Debido al dolor, tengo menos de 6 horas de sueño.
- Debido al dolor, tengo menos de 4 horas de sueño.
- Debido al dolor, tengo menos de 2 horas de sueño.
- El dolor me impide dormir.

Sección 8 – Vida sexual (si corresponde)

- Mi vida sexual es normal y no causa dolor extra.
- Mi vida sexual es normal, pero causa algo de dolor extra.
- Mi vida sexual es casi normal, pero es muy dolorosa.
- Mi vida sexual está severamente restringida por el dolor.
- Mi vida sexual está casi ausente debido al dolor.
- El dolor previene cualquier vida sexual en absoluto.

Sección 9 – Vida Social

- Mi vida social es normal y no me causa dolor extra.
- Mi vida social es normal, pero aumenta el grado de dolor.
- El dolor no tiene ningún efecto significativo en mi vida social aparte de limitar mis intereses más enérgicos, es decir, los deportes.
- El dolor ha restringido mi vida social y no salgo tan a menudo.
- El dolor ha restringido la vida social a mi casa.
- No tengo vida social debido al dolor.

Sección 10 – Viajar

- Puedo viajar a cualquier lugar sin dolor.
- Puedo viajar a cualquier parte, pero da un dolor extra.
- El dolor es malo, pero manejo viajes de más de dos horas.
- El dolor me restringe a cortos viajes necesarios en menos de 30 minutos.
- El dolor me impide viajar excepto para recibir tratamiento.

Sección 11 - Tratamiento previo

¿Durante los últimos tres meses ha recibido tratamiento, tabletas o medicamentos de cualquier tipo para el dolor de espalda o de piernas? Marque la casilla correspondiente.

- No
- Sí (en caso afirmativo, indique el tipo de tratamiento que ha recibido)

Índice de Discapacidad del Cuello

Este cuestionario ha sido diseñado para dar al médico información sobre cómo el dolor de cuello ha afectado su capacidad de manejar en la vida cotidiana. Por favor, responda a cada sección y marque en cada sección sólo la caja UNA que se aplica a usted. Nos damos cuenta de que puede considerar que dos de las declaraciones en cualquier sección se relacionan con usted, pero por favor marque la casilla que describe más de cerca su problema.

Sección 1 – Intensidad del dolor

- No tengo dolor en este momento.
- El dolor es muy leve en este momento.
- El dolor es moderado en este momento.
- El dolor es bastante intenso en este momento.
- El dolor es muy intenso en este momento.
- El dolor es lo peor imaginable en este momento.

Sección 2 – Cuidado Personal (Lavado, Vestir, etc.)

- Puedo cuidarme normalmente sin causar dolor extra
- Puedo cuidarme normalmente, pero causa dolor extra.
- Es doloroso cuidarme a mí mismo y soy lento y cuidadoso.
- Necesito ayuda, pero manejo la mayor parte de mi cuidado personal.
- Necesito ayuda todos los días en la mayoría de los aspectos del autocuidado.
- No me visto, me lavo con dificultad y me quedo en la cama.

Sección 3 – Levantamiento

- Puedo levantar pesas pesadas sin dolor extra.
- Puedo levantar pesas pesadas, pero da un dolor extra.
- El dolor me impide levantar pesas pesadas del suelo, pero puedo manejarlas si están convenientemente posicionadas, por ejemplo, en una mesa.
- El dolor me impide levantar pesos pesados, pero puedo manejar pesos ligeros a medianos si están convenientemente posicionados.
- Puedo levantar pesos muy ligeros.
- No puedo levantar ni llevar nada.

Sección 4 – Lectura

- Puedo leer todo lo que quiera sin dolor en el cuello.
- Puedo leer todo lo que quiero con un ligero dolor en el cuello.
- Puedo leer todo lo que quiera con dolor moderado en mi cuello.
- No puedo leer tanto como quiero debido al dolor moderado en mi cuello.
- Apenas puedo leer debido a un fuerte dolor en mi cuello.
- No puedo leer en absoluto.

Sección 5 – Dolores de cabeza

- No tengo dolores de cabeza.
- Tengo leves dolores de cabeza con poca frecuencia.
- Tengo dolores de cabeza moderados con poca frecuencia.
- Tengo dolores de cabeza moderados con frecuencia.
- Tengo fuertes dolores de cabeza con frecuencia.
- Tengo dolores de cabeza casi todo el tiempo.

Sección 6 – Concentración

- Puedo concentrarme completamente sin dificultad. (0)
- Puedo concentrarme completamente con una ligera dificultad.
- Tengo un buen grado de dificultad para concentrarme.
- Tengo mucha dificultad para concentrarme.
- Tengo mucha dificultad para concentrarme.
- No puedo concentrarme en absoluto.

Sección 7 – Trabajo

- Puedo hacer todo el trabajo que quiera.
- Puedo hacer mi trabajo habitual, pero no más.
- Puedo hacer la mayor parte de mi trabajo habitual, pero no más.
- No puedo hacer mi trabajo habitual.
- Casi no puedo hacer ningún trabajo.
- No puedo hacer ningún trabajo.

Sección 8 – Conducción

- Puedo conducir mi coche sin ningún dolor de cuello.
- Puedo conducir mi coche con un ligero dolor en el cuello.
- Puedo conducir mi coche con dolor moderado en mi cuello.
- No puedo conducir mi coche al dolor moderado en mi cuello.
- Apenas puedo conducir debido a un fuerte dolor en mi cuello.
- No puedo conducir mi coche en absoluto.

Sección 9 – Dormir

- No tengo problemas para dormir.
- Mi sueño está ligeramente perturbado (menos de 1 hora sin dormir).
- Mi sueño es ligeramente perturbado (1-2 horas sin dormir).
- Mi sueño es moderadamente perturbado (2-3 horas sin dormir).
- Mi sueño está muy perturbado (3-5 horas sin dormir).
- Mi sueño está completamente perturbado (5-7 horas sin dormir).

Sección 10 – Recreación

- Soy capaz de participar en todas mis actividades sin dolor absoluto.
- Soy capaz de participar en todas mis actividades, con algo de dolor.
- Soy capaz de participar en la mayoría, pero no todas, de mis actividades habituales debido al dolor en mi cuello.
- Soy capaz de participar en algunas de mis actividades habituales debido al dolor en mi cuello.
- Apenas puedo hacer ninguna actividad debido al dolor en mi cuello.
- No puedo hacer ninguna actividad en absoluto.

Fuerza funcional de la columna cervical

Posición inicial	Acción	Funcional Prueba
Supina Acostado	Cabezal de elevación que mantiene la barbilla metida (flexión del cuello)	6 a 8 repeticiones: funcional 3 a 5 repeticiones: funcionalmente justas 1 a 2 repeticiones: funcionalmente pobres 0 repeticiones: no funcional
Mentira Propensa	Levante la cabeza hacia atrás	Mantenga pulsado de 20 a 25 segundos: funcional Sostenga de 10 a 19 segundos: funcionalmente justo Sostenga de 1 a 9 segundos: funcionalmente pobre Mantenga 0 segundos: no funcional
Acostado lateral (almohadas debajo de la cabeza para que la cabeza no esté flexionada lateralmente)	Cabeza de vida lateral alejada de la almohada (flexión lateral del cuello) (debe repetirse o se debe repetir de otro lado)	Mantenga pulsado de 20 a 25 segundos: funcional Hold 10 to 19 seconds: functionally fair Hold 1 to 9 seconds: functionally poor Hold 0 seconds: nonfunctional
Supine lying	Lift head off bed and rotate to one side keeping head off bed or pillow (neck rotation) (must be repeated both ways)	Hold 20 to 25 seconds: funcional Hold 10 to 19 seconds: functionally fair Hold 1 to 9 seconds: functionally poor Hold 0 seconds: nonfunction

ZURICH CLAUDICATION QUESTIONNAIRE

En el último mes, ¿cómo describiría:

¿El dolor que has tenido en promedio, incluyendo dolor en la espalda, nalgas y dolor que baja por las piernas?

1. Ninguno
2. Suave
3. Moderado
4. Severa
5. Muy grave

¿Con qué frecuencia has tenido dolor de espalda, glúteos o piernas?

1. Menos de una vez a la semana
2. Al menos una vez a la semana
3. Todos los días, durante al menos unos minutos
4. Todos los días, durante la mayor parte del día
5. Cada minuto del día

¿El dolor en la espalda o en las nalgas?

1. Ninguno
2. Suave
3. Moderado
4. Severa
5. Muy grave

¿El dolor en las piernas o los pies?

1. Ninguno
2. Suave
3. Moderado
4. Severa
5. Muy grave

¿Entumecimiento u hormigueo en las piernas o los pies?

1. Ninguno
2. Suave
3. Moderado
4. Severa
5. Muy grave

¿Debilidad muy grave en las piernas o los pies?

1. Ninguno
2. Suave
3. Moderado
4. Severa
5. Muy grave

¿Problemas muy graves con el equilibrio?

- 1- No, no he tenido problemas con el equilibrio
- 3- Sí, a veces siento que mi equilibrio está apagado, o que no estoy seguro de pie
- 5- Sí, a menudo siento que mi equilibrio está apagado, o que no estoy seguro de pie

En el último mes, en un día típico:

¿Hasta dónde has podido caminar?

1. Más de 2 millas
2. Más de 2 cuadras, pero menos de 2 millas
3. Más de 50 pies, pero menos de 2 cuadras
4. Menos de 50 pies

¿Has dado paseos al aire libre o en centros comerciales por placer?

1. Sí, cómodamente
2. Sí, pero a veces con dolor
3. Sí, pero siempre con dolor
4. No

¿Has estado comprando comestibles u otros artículos?

1. Sí, cómodamente
2. Sí, pero a veces con dolor
3. Sí, pero siempre con dolor
4. No

¿Has caminado por las diferentes habitaciones de tu casa o apartamento?

1. Sí, cómodamente
2. Sí, pero a veces con dolor
3. Sí, pero siempre con dolor
4. No

¿Has caminado desde tu habitación hasta el baño?

1. Sí, cómodamente
2. Sí, pero a veces con dolor
3. Sí, pero siempre con dolor
4. No

Qué tan satisfecho está usted con:

¿El resultado general de la operación de retroceso?

1. Muy satisfecho
2. Algo satisfecho
3. Algo insatisfecho
4. Muy insatisfecho

¿Alivio del dolor después de la operación?

1. Muy satisfecho
2. Algo satisfecho
3. Algo insatisfecho
4. Muy insatisfecho

Su capacidad para caminar siguiendo la operación 1-
Muy satisfecho

1. Algo satisfecho
2. Algo insatisfecho
3. Muy insatisfecho

¿Su capacidad para hacer tareas domésticas, trabajo en el patio o trabajo después de la operación?

1. Muy satisfecho
2. Algo satisfecho
3. Algo insatisfecho
4. Muy insatisfecho

¿Tu fuerza en los muslos, las piernas y los pies?

1. Muy satisfecho
2. Algo satisfecho
3. Algo insatisfecho
4. Muy insatisfecho

¿Tu equilibrio o firmeza en tus pies?

1. Muy satisfecho
2. Algo satisfecho
3. Algo insatisfecho
4. Muy insatisfecho