

Informacion Basica del Paciente

Informacion Personal:

Fecha: _____

Apellido:

Nombre:

MI:

Direccion:

Ciudad, Estado y codigo postal:

Telefono casa:

Telefono trabajo:

Seguro Social:

Fecha de Nacimiento:

Fecha del accidente o lesion:

Mano dominante:

Derecha

Izquierda

Ambas

Informacion del seguro:

Nombre de la persona que tiene la poliza:

Poliza #

*** Si usted sufrio un accidente automovilistico, pase a la pagina siguiente. Si no es un accidente automovilistico, por favor conteste las preguntas de abajo.**

1. Descripcion del accidente/ lesion/ aparicion de los sintomas

Entre la descripcion completa del accidente, el trauma o como aparecieron los sintomas en el espacio de abajo

2 Detalles durante y despues del accidente

Escriba los detalles de su condicion durante y despues del accidente y cuando aparecieron los sintomas

Firma: _____

Descripcion del Accidente Automovilistico

Conteste las preguntas de abajo. Si no sabe la respuesta, no conteste esa pregunta.

1. Clase de vehiculo

- Carro Station Wagon
 Van Pickup truck
 Camion grande Bus
Otro _____

2. Su posicion en el vehiculo

- Chofer Pasajero adelante
 Pasajero atras (lado izquierdo)
 Pasajero atras (lado derecho)
Otro _____

3. Que estaba haciendo su carro en el momento del accidente?

- Parado en interseccion Parado en trafico Parado en la luz
 Volteando a la derecha Girando a la izquierda Parqueado
 En movimiento Disminuyendo velocidad Acelerando
Otro _____

4. Hora / Velocidad / Dano

Hora del accidente _____

Velocidad de su Vehiculo: _____ mph

Velocidad del otro Vehiculo: _____ mph

Dano de su vehiculo

- Minimo Moderado
 Total

5. Detalles del Accidente

Visibilidad en el sitio del acc.

- Pobre Aceptable Buena

Quien golpeo a Quien / Que?

- Usted golpeo al otro vehiculo

- El otro vehiculo lo golpeo

- Usted golpeo...(objeto)

6. Condiciones de la carretera

Condiciones de la via al momento del accidente

- Congelada Mojada Arenosa Oscura Limpia y seca

Sitio de impacto

- De frente Adelante a la izquierda Adelante a la derecha

- Atras (bumper) Atras a la izquierda Atras a la derecha

7. Posicion de su cuerpo, etc.

Se dio cuenta del accidente? **Si** **No**

Se preparo para el impacto? **Si** **No**

Tenia puesto el cinturon ? **Si** **No**

Tenia puesto el cinturon del hombro? **Si** **No**

Su vehiculo tiene recostador de cabeza? **Si** **No**

Cual era la posicion de su cabezera al momento del impacto?

- Nivel alto de cabeza Nivel bajo de cabeza Mitad del cuello

En que posicion estaba su cabeza al momento del impacto?

- Mirando al frente Volteada a la derecha

- Volteada a la izquierda

8. Informacion adicional del accidente

En el caso de un accidente automovilistico, escriba cualquier informacion adicional que cree importante y que no fue cubierta arriba

9. Durante el accidente:

Su cuerpo golpeo el interior de su vehiculo? **Si** **No**

Si repuesta fue **SI**, describa: _____

Perdio el conocimiento en el accidente **Si** **No**

Si respuesta fue **SI**, por cuanto tiempo? _____

Dano estimado del vehiculo en dolares? _____

Dano de su vehiculo: Minimo Moderado Total

Se presento la policia en el lugar? **Si** **No**

La policia hizo un reporte del accidente? **Si** **No**

10. Despues del accidente:

Marque los sintomas que experimento despues del accidente

- Dolor cabeza Mareo Dolor de espalda Manos frias

- Dolor cuello Nausea Dolor de cintura Pies frios

- Rigidez cuello Confusion Nerviosismo Diarrea

- Desmayo Fatiga Perdida del sabor Depresion

- Ruido oidos Tension Dedo adormecidos Ansiedad

- Perdida de olor Irritabilidad Constipacion Dolor pecho

- Dolor de ojos Dificultad al respirar Dificultad al dormir

Otros: _____

11. Hospital / cuarto de emergencia?

A donde fue despues del accidente?

- Casa Trabajo Emergencia ER. Medico particular

Como llego alli?

- Uste mismo manejo Otra persona Ambulancia Policia

Tomaron X-Rays? Si **No** **Examen sangre? Si** **No**

Areas del cuerpo radiografiadas _____

Que examen de sangre? _____

Las Radiografias mostraron: _____

Tratamientos: Collar cervical Hielo Otro: _____

Medicamentos: _____

Que intruccion le dieron? _____

12. Tratamiento:

Escriba que doctores lo vieron antes de venir a esta oficina?

1. Dr. _____ Fecha 1ra visita ___/___/___

Especialidad: _____ Radiografias? **Si** **No**

Tratamiento recibido: _____

Cuantos tratamientos recibio? _____ Esta en tratamiento **Si** **No**

El tratamiento le ayudo? **Si** **No**

Fecha de la ultima visita: ___/___/___

2. Dr. _____ Fecha 1ra visita ___/___/___

Tratamiento recibido: _____

Cuantos tratamientos recibio? _____ Esta en tratamiento **Si** **No**

El tratamiento le ayudo? **Si** **No**

Fecha de la ultima visita: ___/___/___

Firma: _____

Descripcion de sintomas (Describe su peor sintoma en la seccion I, el segundo peor en la seccion II y el tercero en la seccion III)

I. The first sintoma mas severo : (Por favor, marque las casillas que mejor describen su peor sintoma. Describa un sintoma por seccion)

1. Marque solamente un lugar

Cabeza y espalda	Izq.	Der.	Ambo
<input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Frente			
<input type="checkbox"/> Atras			
<input type="checkbox"/> Arriba y lados			
<input type="checkbox"/> Mandibula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Espalda (parte alta)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Mitad espalda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Espalda (parte baja)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Torso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Costillas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Nalgas (sentaderas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Brazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Antebrazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Mano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Pierna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> pie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Otros sitios: _____

2. Clases de dolor

<input type="checkbox"/> Constante	<input type="checkbox"/> Agudo	<input type="checkbox"/> Molestia	<input type="checkbox"/> Cortante
<input type="checkbox"/> Pulsatil	<input type="checkbox"/> Quemante	<input type="checkbox"/> Adormeciente	<input type="checkbox"/> Entumecimiento
<input type="checkbox"/> Espasmo	<input type="checkbox"/> Ardiente	<input type="checkbox"/> Irradiante	<input type="checkbox"/> Golpeando

3. Frecuencia del dolor

<input type="checkbox"/> ¼ del tiempo	<input type="checkbox"/> ¼ a ½ del tiempo
<input type="checkbox"/> ¼ a ¾ del tiempo	<input type="checkbox"/> La mayoría del tiempo

4. Intensidad de dolor (actividades diarias)

<input type="checkbox"/> No afecta	<input type="checkbox"/> Afecta un poco
<input type="checkbox"/> Afecta bastante	<input type="checkbox"/> Impide actividades

5. Lugares a donde irradia el dolor

Izq	Der	Ambos
<input type="checkbox"/> Cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Hombro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Mano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Cadera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> pierna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> pie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Otros sitios de irradiacion: _____

Otro: _____

6. Acciones que afectan el dolor

	Aparece	Agrava	Mejora
<input type="checkbox"/> Dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Noche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Agachandose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Inclinado hacia atras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Inclinado a la izq.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Inclinado a la der.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Girando a la izq.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Girando a la der.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Tosiendo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Estornudando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Pujando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Estando de pie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sentado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Levantar objetos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras acciones:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

II. The second sintoma : (Por favor, marque las casillas que mejor describen su segundo peor sintoma).

1. Marque solamente un lugar

Cabeza y espalda	Izq.	Der.	Ambo
<input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Frente			
<input type="checkbox"/> Atras			
<input type="checkbox"/> Arriba y lados			
<input type="checkbox"/> Mandibula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Espalda (parte alta)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Mitad espalda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Espalda (parte baja)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Torso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Costillas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Nalgas (sentaderas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Brazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Antebrazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Mano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Pierna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> pie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Otros sitios: _____

2. Clases de dolor

<input type="checkbox"/> Constante	<input type="checkbox"/> Agudo	<input type="checkbox"/> Molestia	<input type="checkbox"/> Cortante
<input type="checkbox"/> Pulsatil	<input type="checkbox"/> Quemante	<input type="checkbox"/> Adormeciente	<input type="checkbox"/> Entumecimiento
<input type="checkbox"/> Espasmo	<input type="checkbox"/> Ardiente	<input type="checkbox"/> Irradiante	<input type="checkbox"/> Golpeando

3. Frecuencia del dolor

<input type="checkbox"/> ¼ del tiempo	<input type="checkbox"/> ¼ a ½ del tiempo
<input type="checkbox"/> ¼ a ¾ del tiempo	<input type="checkbox"/> La mayoría del tiempo

4. Intensidad de dolor (actividades diarias)

<input type="checkbox"/> No afecta	<input type="checkbox"/> Afecta un poco
<input type="checkbox"/> Afecta bastante	<input type="checkbox"/> Impide actividades

5. Lugares a donde irradia el dolor

Izq	Der	Ambos
<input type="checkbox"/> Cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Hombro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Mano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Cadera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> pierna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> pie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Otros sitios de irradiacion: _____

Otro: _____

6. Acciones que afectan el dolor

	Aparece	Agrava	Mejora
<input type="checkbox"/> Dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Noche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Agachandose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Inclinado hacia atras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Inclinado a la izq.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Inclinado a la der.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Girando a la izq.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Girando a la der.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Tosiendo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Estornudando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Pujando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Estando de pie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sentado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Levantar objetos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras acciones:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

III. The third sintoma: (Por favor, marque las casillas que mejor describen su tercer peor sintoma).

1. Marque solamente un lugar

Cabeza y espalda	Izq.	Der.	Ambo
<input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Frente			
<input type="checkbox"/> Atras			
<input type="checkbox"/> Arriba y lados			
<input type="checkbox"/> Mandibula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Espalda (parte alta)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Mitad espalda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Espalda (parte baja)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Torso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Costillas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Nalgas (sentaderas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Brazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Antebrazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Mano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Pierna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> pie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Otros sitios: _____

2. Clases de dolor

<input type="checkbox"/> Constante	<input type="checkbox"/> Agudo	<input type="checkbox"/> Molestia	<input type="checkbox"/> Cortante
<input type="checkbox"/> Pulsatil	<input type="checkbox"/> Quemante	<input type="checkbox"/> Adormeciente	<input type="checkbox"/> Entumecimiento
<input type="checkbox"/> Espasmo	<input type="checkbox"/> Ardiente	<input type="checkbox"/> Irradiante	<input type="checkbox"/> Golpeando

3. Frecuencia del dolor

<input type="checkbox"/> ¼ del tiempo	<input type="checkbox"/> ¼ a ½ del tiempo
<input type="checkbox"/> ¼ a ¾ del tiempo	<input type="checkbox"/> La mayoría del tiempo

4. Intensidad de dolor (actividades diarias)

<input type="checkbox"/> No afecta	<input type="checkbox"/> Afecta un poco
<input type="checkbox"/> Afecta bastante	<input type="checkbox"/> Impide actividades

5. Lugares a donde irradia el dolor

Izq	Der	Ambos
<input type="checkbox"/> Cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Hombro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Mano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Cadera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> pierna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> pie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Otros sitios de irradiacion: _____

Otro: _____

6. Acciones que afectan el dolor

	Aparece	Agrava	Mejora
<input type="checkbox"/> Dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Noche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Agachandose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Inclinado hacia atras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Inclinado a la izq.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Inclinado a la der.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Girando a la izq.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Girando a la der.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Tosiendo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Estornudando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Pujando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Estando de pie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sentado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Levantar objetos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras acciones:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Descripcion de sintomas (Describe su peor sintoma en la seccion I, el segundo peor en la seccion II y el tercero en la seccion III)

IV. The fourth sintoma mas severo : (Por favor, marque las casillas que mejor describen su peor sintoma. Describa un sintoma por seccion)

1. Marque solamente un lugar

Cabeza y espalda	Izq.	Der.	Ambo
<input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Frente			
<input type="checkbox"/> Atras			
<input type="checkbox"/> Arriba y lados			
<input type="checkbox"/> Mandibula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Espalda (parte alta)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Mitad espalda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Espalda (parte baja)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Torso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Costillas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Nalgas (sentaderas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Brazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Antebrazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Mano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Pierna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> pie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Otros sitios: _____

2. Clases de dolor

<input type="checkbox"/> Constante	<input type="checkbox"/> Agudo	<input type="checkbox"/> Molestia	<input type="checkbox"/> Cortante
<input type="checkbox"/> Pulsatil	<input type="checkbox"/> Quemante	<input type="checkbox"/> Adormeciente	<input type="checkbox"/> Entumecimiento
<input type="checkbox"/> Espasmo	<input type="checkbox"/> Ardiente	<input type="checkbox"/> Irradiante	<input type="checkbox"/> Golpeando

3. Frecuencia del dolor

<input type="checkbox"/> ¼ del tiempo	<input type="checkbox"/> ¼ a ½ del tiempo
<input type="checkbox"/> ½ a ¾ del tiempo	<input type="checkbox"/> La mayoría del tiempo

4. Intensidad de dolor (actividades diarias)

<input type="checkbox"/> No afecta	<input type="checkbox"/> Afecta un poco
<input type="checkbox"/> Afecta bastante	<input type="checkbox"/> Impide actividades

5. Lugares a donde irradia el dolor

Izq	Der	Ambos
<input type="checkbox"/> Cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Hombro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Mano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Cadera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> pierna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> pie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Otros sitios de irradiacion: _____

Otro: _____

6. Acciones que afectan el dolor

	Aparece	Agrava	Mejora
<input type="checkbox"/> Dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Noche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Agachandose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Inclinado hacia atras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Inclinado a la izq.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Inclinado a la der.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Girando a la izq.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Girando a la der.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Tosiendo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Estornudando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Pujando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Estando de pie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sentado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Levantar objetos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras acciones:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

V. The fifth sintoma : (Por favor, marque las casillas que mejor describen su segundo peor sintoma).

1. Marque solamente un lugar

Cabeza y espalda	Izq.	Der.	Ambo
<input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Frente			
<input type="checkbox"/> Atras			
<input type="checkbox"/> Arriba y lados			
<input type="checkbox"/> Mandibula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Espalda (parte alta)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Mitad espalda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Espalda (parte baja)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Torso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Costillas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Nalgas (sentaderas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Brazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Antebrazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Mano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Pierna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> pie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Otros sitios: _____

2. Clases de dolor

<input type="checkbox"/> Constante	<input type="checkbox"/> Agudo	<input type="checkbox"/> Molestia	<input type="checkbox"/> Cortante
<input type="checkbox"/> Pulsatil	<input type="checkbox"/> Quemante	<input type="checkbox"/> Adormeciente	<input type="checkbox"/> Entumecimiento
<input type="checkbox"/> Espasmo	<input type="checkbox"/> Ardiente	<input type="checkbox"/> Irradiante	<input type="checkbox"/> Golpeando

3. Frecuencia del dolor

<input type="checkbox"/> ¼ del tiempo	<input type="checkbox"/> ¼ a ½ del tiempo
<input type="checkbox"/> ½ a ¾ del tiempo	<input type="checkbox"/> La mayoría del tiempo

4. Intensidad de dolor (actividades diarias)

<input type="checkbox"/> No afecta	<input type="checkbox"/> Afecta un poco
<input type="checkbox"/> Afecta bastante	<input type="checkbox"/> Impide actividades

5. Lugares a donde irradia el dolor

Izq	Der	Ambos
<input type="checkbox"/> Cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Hombro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Mano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Cadera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> pierna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> pie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Otros sitios de irradiacion: _____

Otro: _____

6. Acciones que afectan el dolor

	Aparece	Agrava	Mejora
<input type="checkbox"/> Dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Noche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Agachandose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Inclinado hacia atras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Inclinado a la izq.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Inclinado a la der.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Girando a la izq.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Girando a la der.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Tosiendo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Estornudando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Pujando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Estando de pie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sentado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Levantar objetos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras acciones:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VI. The sixth sintoma: (Por favor, marque las casillas que mejor describen su tercer peor sintoma).

1. Marque solamente un lugar

Cabeza y espalda	Izq.	Der.	Ambo
<input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Frente			
<input type="checkbox"/> Atras			
<input type="checkbox"/> Arriba y lados			
<input type="checkbox"/> Mandibula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Espalda (parte alta)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Mitad espalda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Espalda (parte baja)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Torso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Costillas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Nalgas (sentaderas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Brazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Antebrazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Mano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Pierna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> pie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Otros sitios: _____

2. Clases de dolor

<input type="checkbox"/> Constante	<input type="checkbox"/> Agudo	<input type="checkbox"/> Molestia	<input type="checkbox"/> Cortante
<input type="checkbox"/> Pulsatil	<input type="checkbox"/> Quemante	<input type="checkbox"/> Adormeciente	<input type="checkbox"/> Entumecimiento
<input type="checkbox"/> Espasmo	<input type="checkbox"/> Ardiente	<input type="checkbox"/> Irradiante	<input type="checkbox"/> Golpeando

3. Frecuencia del dolor

<input type="checkbox"/> ¼ del tiempo	<input type="checkbox"/> ¼ a ½ del tiempo
<input type="checkbox"/> ½ a ¾ del tiempo	<input type="checkbox"/> La mayoría del tiempo

4. Intensidad de dolor (actividades diarias)

<input type="checkbox"/> No afecta	<input type="checkbox"/> Afecta un poco
<input type="checkbox"/> Afecta bastante	<input type="checkbox"/> Impide actividades

5. Lugares a donde irradia el dolor

Izq	Der	Ambos
<input type="checkbox"/> Cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Hombro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Mano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Cadera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> pierna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> pie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Otros sitios de irradiacion: _____

Otro: _____

6. Acciones que afectan el dolor

	Aparece	Agrava	Mejora
<input type="checkbox"/> Dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Noche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Agachandose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Inclinado hacia atras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Inclinado a la izq.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Inclinado a la der.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Girando a la izq.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Girando a la der.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Tosiendo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Estornudando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Pujando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Estando de pie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sentado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Levantar objetos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras acciones:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Descripcion de sintomas (Describe su peor sintoma en la seccion I, el segundo peor en la seccion II y el tercero en la seccion III)

VII. The seventh sintoma mas severo : (Por favor, marque las casillas que mejor describen su peor sintoma. Describa un sintoma por seccion)

1. Marque solamente un lugar

Cabeza y espalda	Izq.	Der.	Ambo
<input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Frente			
<input type="checkbox"/> Atras			
<input type="checkbox"/> Arriba y lados			
<input type="checkbox"/> Mandibula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Espalda (parte alta)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Mitad espalda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Espalda (parte baja)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Torso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Costillas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Nalgas (sentaderas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Brazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Antebrazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Mano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Pierna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> pie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Otros sitios: _____

2. Clases de dolor

<input type="checkbox"/> Constante	<input type="checkbox"/> Agudo	<input type="checkbox"/> Molestia	<input type="checkbox"/> Cortante
<input type="checkbox"/> Pulsatil	<input type="checkbox"/> Quemante	<input type="checkbox"/> Adormeciente	<input type="checkbox"/> Entumecimiento
<input type="checkbox"/> Espasmo	<input type="checkbox"/> Ardiente	<input type="checkbox"/> Irradiante	<input type="checkbox"/> Golpeando

3. Frecuencia del dolor

<input type="checkbox"/> ¼ del tiempo	<input type="checkbox"/> ¼ a ½ del tiempo
<input type="checkbox"/> ¼ a ¾ del tiempo	<input type="checkbox"/> La mayoría del tiempo

4. Intensidad de dolor (actividades diarias)

<input type="checkbox"/> No afecta	<input type="checkbox"/> Afecta un poco
<input type="checkbox"/> Afecta bastante	<input type="checkbox"/> Impide actividades

5. Lugares a donde irradia el dolor

Izq	Der	Ambos
<input type="checkbox"/> Cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Hombro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Mano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Cadera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> pierna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> pie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Otros sitios de irradiacion: _____

6. Acciones que afectan el dolor

	Aparece	Agrava	Mejora
<input type="checkbox"/> Dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Noche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Agachandose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Inclinado hacia atras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Inclinado a la izq.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Inclinado a la der.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Girando a la izq.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Girando a la der.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Tosiendo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Estornudando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Pujando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Estando de pie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sentado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Levantar objetos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras acciones:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VIII. The eighth sintoma : (Por favor, marque las casillas que mejor describen su segundo peor sintoma).

1. Marque solamente un lugar

Cabeza y espalda	Izq.	Der.	Ambo
<input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Frente			
<input type="checkbox"/> Atras			
<input type="checkbox"/> Arriba y lados			
<input type="checkbox"/> Mandibula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Espalda (parte alta)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Mitad espalda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Espalda (parte baja)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Torso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Costillas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Nalgas (sentaderas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Brazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Antebrazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Mano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Pierna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> pie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Otros sitios: _____

2. Clases de dolor

<input type="checkbox"/> Constante	<input type="checkbox"/> Agudo	<input type="checkbox"/> Molestia	<input type="checkbox"/> Cortante
<input type="checkbox"/> Pulsatil	<input type="checkbox"/> Quemante	<input type="checkbox"/> Adormeciente	<input type="checkbox"/> Entumecimiento
<input type="checkbox"/> Espasmo	<input type="checkbox"/> Ardiente	<input type="checkbox"/> Irradiante	<input type="checkbox"/> Golpeando

3. Frecuencia del dolor

<input type="checkbox"/> ¼ del tiempo	<input type="checkbox"/> ¼ a ½ del tiempo
<input type="checkbox"/> ¼ a ¾ del tiempo	<input type="checkbox"/> La mayoría del tiempo

4. Intensidad de dolor (actividades diarias)

<input type="checkbox"/> No afecta	<input type="checkbox"/> Afecta un poco
<input type="checkbox"/> Afecta bastante	<input type="checkbox"/> Impide actividades

5. Lugares a donde irradia el dolor

Izq	Der	Ambos
<input type="checkbox"/> Cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Hombro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Mano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Cadera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> pierna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> pie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Otros sitios de irradiacion: _____

6. Acciones que afectan el dolor

	Aparece	Agrava	Mejora
<input type="checkbox"/> Dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Noche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Agachandose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Inclinado hacia atras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Inclinado a la izq.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Inclinado a la der.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Girando a la izq.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Girando a la der.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Tosiendo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Estornudando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Pujando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Estando de pie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sentado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Levantar objetos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras acciones:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IX. The ninth sintoma: (Por favor, marque las casillas que mejor describen su tercer peor sintoma).

1. Marque solamente un lugar

Cabeza y espalda	Izq.	Der.	Ambo
<input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Frente			
<input type="checkbox"/> Atras			
<input type="checkbox"/> Arriba y lados			
<input type="checkbox"/> Mandibula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Espalda (parte alta)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Mitad espalda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Espalda (parte baja)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Torso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Costillas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Nalgas (sentaderas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Brazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Antebrazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Mano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Pierna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> pie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Otros sitios: _____

2. Clases de dolor

<input type="checkbox"/> Constante	<input type="checkbox"/> Agudo	<input type="checkbox"/> Molestia	<input type="checkbox"/> Cortante
<input type="checkbox"/> Pulsatil	<input type="checkbox"/> Quemante	<input type="checkbox"/> Adormeciente	<input type="checkbox"/> Entumecimiento
<input type="checkbox"/> Espasmo	<input type="checkbox"/> Ardiente	<input type="checkbox"/> Irradiante	<input type="checkbox"/> Golpeando

3. Frecuencia del dolor

<input type="checkbox"/> ¼ del tiempo	<input type="checkbox"/> ¼ a ½ del tiempo
<input type="checkbox"/> ¼ a ¾ del tiempo	<input type="checkbox"/> La mayoría del tiempo

4. Intensidad de dolor (actividades diarias)

<input type="checkbox"/> No afecta	<input type="checkbox"/> Afecta un poco
<input type="checkbox"/> Afecta bastante	<input type="checkbox"/> Impide actividades

5. Lugares a donde irradia el dolor

Izq	Der	Ambos
<input type="checkbox"/> Cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Hombro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Mano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Cadera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> pierna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> pie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Otros sitios de irradiacion: _____

6. Acciones que afectan el dolor

	Aparece	Agrava	Mejora
<input type="checkbox"/> Dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Noche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Agachandose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Inclinado hacia atras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Inclinado a la izq.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Inclinado a la der.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Girando a la izq.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Girando a la der.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Tosiendo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Estornudando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Pujando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Estando de pie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sentado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Levantar objetos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras acciones:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Analisis de Actividades diarias

Dele un numero a las dificultades que presenta desde el accidente, en relacion a las diferentes actividades que estan abajo. Use la escala de 1 a 5 y **ESCRIBA EL NUMERO APROPIADO** que mas se acerca a su estado actual de dificultad.

1= "Lo puedo hacer sin ninguna dificultad". **2**= "Lo puedo hacer sin mucha dificultad, a pesar del dolor". **3**= "Lo puedo hacer a pesar de mucho dolor". **4**= "Puedo hacerlo a pesar de mucho dolor, pero solo si tengo ayuda. **5**= " No puedo hacerlo debido al dolor.

Solamente llene las areas afectadas.

Dificultades con actividades de higiene y aseo personal

Banarse ___ Secarse el pelo. ___ Cepillarse dientes ___ Ponerse zapatos ___ Preparar comidas ___ Sacar la basura ___
Duchandose ___ Peinarse ___ Haciendo la cama ___ Colocar cordones ___ Comiendo ___ Lavando ropa ___
Lavando pelo ___ Lavando la cara ___ Colocarse la camisa ___ Colocar pantalones ___ Lavando platos ___ Yendo al baño ___

Dificultades con las actividades fisicas

Parado ___ Caminando ___ Arrodillandose ___ Inclinandose atras ___ Girando a la izq. ___ Recostarse atras ___
Sentado ___ Agachado ___ Alcanzando ___ Agachandose izq. ___ Girando a la der. ___ Recostandose izq ___
Reclinandose ___ Acuclillado ___ Agachandose ___ Agachandose der. ___ Inclinandose adel ___ Recostandose der ___
De pie por periodos largos ___ Sentado periodos largos ___ Caminando trechos largos ___ Arrodillado por periodos largos ___

Dificultades con actividades funcionales

Cargando objetos pequenos ___ Levantando objetos del piso ___ Empujando cosas sentado ___ Ejercitando parte alta cuerpo ___
Cargando objetos grandes ___ Levantando objetos de la mesa ___ Empujando cosas parado ___ Ejercitando parte baja cuerpo ___
Cargando maletas ___ Subiendo escaleras ___ Jalando cosas sentado ___ Ejercitando los brazos ___
Cargando una cartera grande ___ Escalando inclinaciones ___ Jalando cosas parado ___ Ejercitando las piernas ___

Dificultades con actividades sociales y recreativas

Jugando bolos ___ Corriendo ___ Nadando ___ Patinando en hielo ___ Deportes competitivos ___ Cortejeando ___
Jugando golf ___ Danzando ___ Esquiando ___ Patinando en piso ___ Pasatiempos (hobbies) ___ Comiendo afuera ___

Dificultades al viajar

Manejando el carro ___ Montado como pasajero en carro ___ Montado como pasajero en un tren ___
Manejando por periodos largos ___ Montado como pasajero en un avion ___ Montado como pasajero por periodos largos ___

Use la escala de **1 a 5** para describir las siguientes actividades :

1 = " Esta area no esta afectada por mi condicion actual". **2** = "Esta area esta afectada un poco debido a mi condicion actual. **3** = "Mi condicion actual restringe moderadamente mi habilidad en esta area" **4** = " Mi condicion actual limita seriamente mi habilidad en esta area. **5** = " Mi condicion actual me impide usar esta habilidad en esta area".

Dificultades con diferentes formas de comunicacion

Concentrandose ___ Oyendo ___ Escuchando ___ Hablando ___ Leyendo ___ Escribiendo ___ Usando el computador ___

Dificultades con los sentidos

Viendo ___ Escuchando ___ Sentido del tacto ___ Sentido del sabor ___ Sentido del olfato ___

Dificultades con las funciones de las manos

Agarrando ___ Sosteniendo ___ Pinchando ___ Movimientos de percusion ___ Discriminacion sensorial ___

Dificultades al dormir y de la funcion sensual

Soy capaz de tener una noche de sueno normal y descansada ___ Soy capaz de participar en actividad sexual normal y deseada ___

Escriba aqui cualquier informacion adicional de sus actividades diarias que no fueron cubiertas antes

Historia de sintomas previos

Sintomas similares previos

No he tenido sintomas similares a mi condicion actual

Mis sintomas actuales los tuve antes, pero no me molestaban

Mis sintomas actuales ya existian pero se empeoraron con el ac.

Mis sintomas similares mas recientes (si es aplicable) ocurrieron ___ meses atras / anos atras **0 en** Fecha ___/___/___

Ha contribuido su historia anterior a los sintomas actuales?

Mi historia ha contribuido a los sintomas actuales

Mi historia no ha contribuido a los sintomas actuales

No estoy seguro si mi historia ha contribuido a mis sintomas ahora

Escribe abajo otros sintomas previos que no fueron cubiertos arriba: