

**A BETTER LIFE d/b/a ABLE PHYSICAL THERAPY**  
 35 JOURNAL SQUARE PLAZA, FIFTH FLOOR JERSEY CITY, NJ 07306  
 Tel: (866) 9NJ-ABLE/965-2253 Fax: (877) 9NJ-ABLE/965-2253

**La comunicación con usted entre todos los profesionales de atención de salud se asegurará el tratamiento adecuado. Por favor, ayúdenos a entender mejor su condición médica actual con el fin de servirle mejor. ¡Gracias!**

**Apellido:** \_\_\_\_\_ **Nombre:** \_\_\_\_\_  
**SS #:** \_\_\_\_\_ **DOB:** \_\_\_\_\_

**LA HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL / LESIÓN DE CUESTIONARIO**

1. ¿Cuál es el motivo de su visita? Describa brevemente cómo comenzaron los síntomas.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. ¿Cuál fue la fecha y el lugar de inicio, la lesión o accidente?

\_\_\_\_\_

3. ¿Es esta una lesión recurrente? ¿Tiene usted alguna lesión previa en esta área?

\_\_\_\_\_

4. Describa sus síntomas (debilidad, dolor, entumecimiento, hormigueo, agudo, sordo, intermitente, constante).

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. Lo que hace que su dolor mejore (posiciones, actividades, medicamentos, el calor, hielo, etc)? \_\_\_\_\_

6. ¿Qué hace empeorar el dolor? \_\_\_\_\_

7. Si una lista de las anteriores pruebas de diagnóstico (Rayos X, tomografía computarizada, resonancia magnética, EMG, etc para esta lesión). Por favor, fechas y resultados. También es importante llevar en cualquier copia de los informes pertinentes, si disponible.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

8. ¿Ha tenido algún tratamiento previo para esta condición?

a. Medicamentos: \_\_\_\_\_

i. Cualquier alivio? \_\_\_\_\_

b. Fisioterapia o terapia ocupacional? ¿Dónde? \_\_\_\_\_

i. Cualquier mejora? \_\_\_\_\_

c. El cuidado quiropráctico? ¿Dónde? \_\_\_\_\_

i. Cualquier mejora? \_\_\_\_\_

d. Procedimientos (inyecciones, cirugía, etc)? \_\_\_\_\_

i. Cualquier mejora? \_\_\_\_\_

e. Equipo (bastón, muletas, aparatos ortopédicos, férulas)? \_\_\_\_\_

i. Cualquier mejora? \_\_\_\_\_

9. El estado funcional (Circule uno):
- ¿Necesita ayuda con las actividades básicas de la vida diaria (alimentarse, vestirse, asearse, etc)? Usted es ... <Independiente /Necesita Mucha ayuda o necesita un poco de ayuda / Depende de ayuda>
  - Usted camina sobre superficies planas y subir / bajar escaleras ... <Independientemente / Con la ayuda de dispositivos de ayuda / Con la ayuda de alguien>
  - ¿Tienes que salir de la cama o silla ... <Independientemente / Con la ayuda de dispositivos de ayuda / Con la ayuda de alguien>
  - ¿Cuánto tiempo puede sentarse antes de que el dolor comience? \_\_\_ Minutos
  - ¿Cuánto tiempo puede estar de pie antes de que el dolor comience? \_\_\_ Minutos
  - ¿Cuánto tiempo puede caminar antes de que el dolor comience? \_\_\_ Minutos
- a. ¿Tiene algún equipo médico (bastón, andador, banco de bañera, etc)?
- 

10. ¿Quién es su empleador y por cuánto tiempo has estado empleado por ellos?

---

11. ¿Cuál es su ocupación? \_\_\_\_\_

12. ¿Cuáles son sus funciones de trabajo (levantamiento \_\_\_ libras, de pie prolongada, etc)? \_\_\_\_\_

13. ¿Sus síntomas afectan a sus funciones de trabajo y cómo?

---

14. ¿Está trabajando actualmente, sin trabajo o trabajo liviano / moderado? \_\_\_\_\_

15. ¿Cuánto tiempo ha estado fuera del trabajo? Cuando es su fecha prevista de regreso? Por favor provea la información, si disponible.

---

16. ¿Usted se ausentó de su trabajo voluntariamente? \_\_\_\_\_

17. ¿Su médico le ordenó dejar su trabajo o reducir el empeño de su trabajo? \_\_\_\_\_

18. ¿Está usted de incapacidad temporal o permanente? En caso afirmativo, ¿desde cuándo? Si es temporal, ¿cuál es su fecha prevista de regreso al trabajo?

---

19. Por favor, indique el nombre, número de teléfono y la dirección del médico que le ha puesto en licencia médica. \_\_\_\_\_

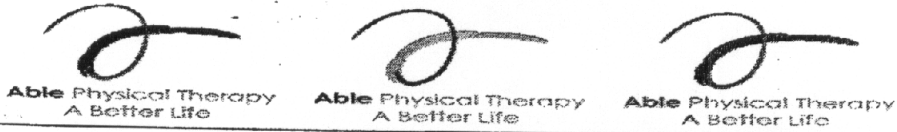
---



---

**Doy fe de que he respondido a las preguntas anteriores con honestidad y en la medida de mis posibilidades.**

Nombre: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



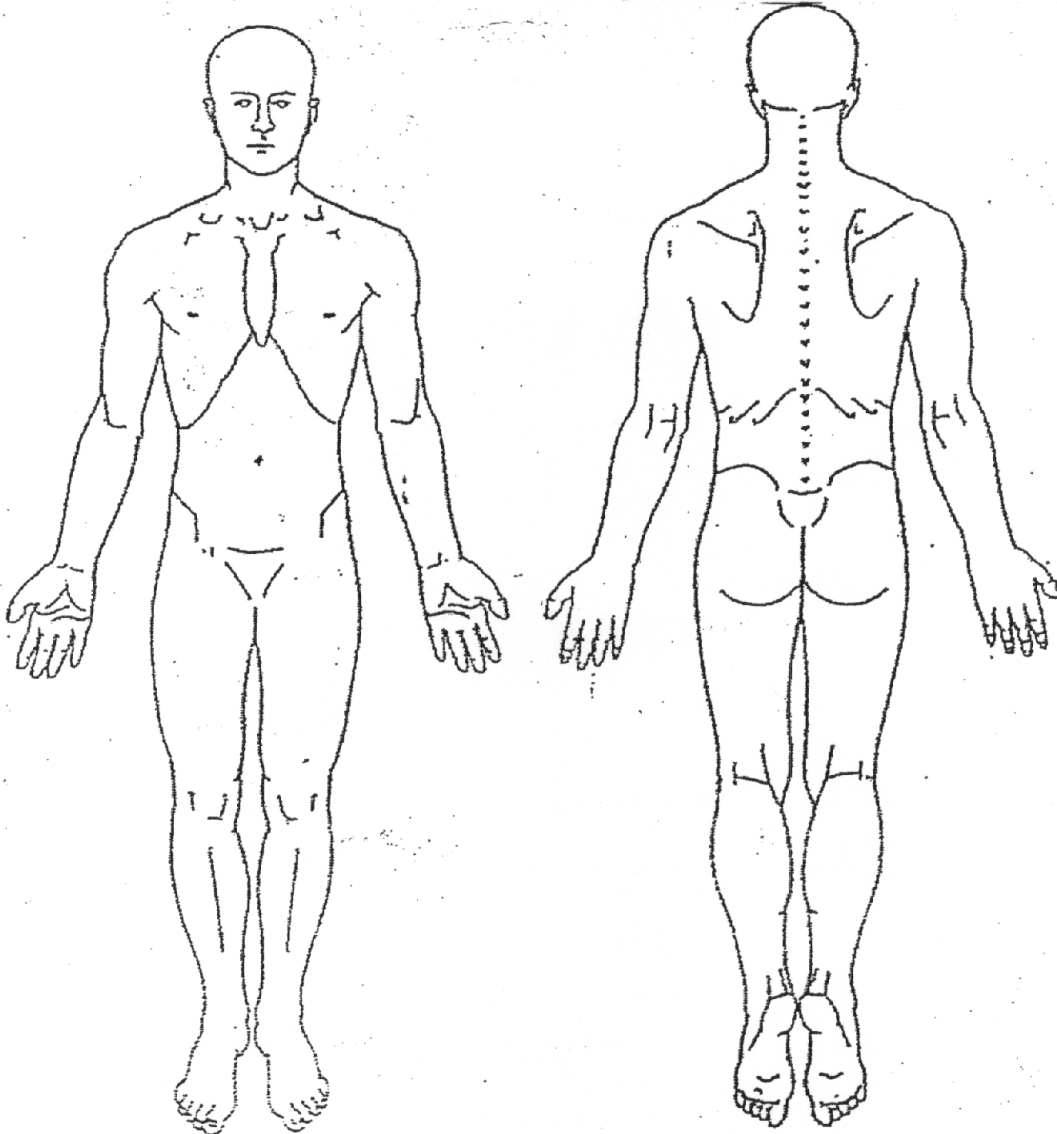
Nombre: _____	Fecha de Nac.: _____
---------------	----------------------

## Dibujo de Dolor Cuantificado (Pre-Prueba)

Luego de que usted revise la leyenda y los dibujos a la parte de abajo del papel, por favor marque los simbolos correspondientes en los dibujos. **Los dibujos solo deben representar el dolor que usted siente al momento. Solo el tipo de dolor que siente debe estar marcado en el dibujo.** Por favor **NO** indique areas con dolor que no estan relacionadas con su condicion o lesion.

### Simbolos

/// Punsante	XXX Ardor	000 Hormigueo/ Agujas	=== Adormecimiento
-----------------	--------------	--------------------------	-----------------------



Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



Nombre:	Fecha de Nac:
---------	---------------

**BORG 0-10+ NUMERIC RATING SCALE (PRE-TEST)**

Por favor revise con cuidado la escala para medir su dolor del 0-10+. La medida del dolor debe tener un tiempo limitado por un termino de 30 dias e incluya: 1) Dolor Ahora 2) Dolor en su Mejor Dia 3) Dolor en su Peor Dia. Por favor utilice las descripciones a la derecha de los numeros para determinar cuanto dolor siente. Por ejemplo, si mide su dolor en la escala del "1" se considera Muy Debil y si mide su dolor en la escala del "7" se considera un dolor Muy Fuerte.

10+ -- Maximo

10 -- Muy, Muy Fuerte

9 --

8 --

7 -- Muy Fuerte

6 --

5 -- Fuerte

4 -- No tan Fuerte

3 -- Moderado

2 -- Debil

1 -- Muy Debil

0.5-- Muy, Muy Debil

0 -- No Siente Nada

Medida de su Dolor:

Dolor Ahora: \_\_\_\_\_

Mejor Dia: \_\_\_\_\_

Peor Dia: \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_