TORRANCE MEMORIAL
PHYSICIAN NETWORK

CUESTIONARIO DE SALUD DE NEUROCIRUGÍA

Nombre: _____ **Fecha de nacimiento:** _____ **Fecha:** _____

SÍNTOMAS PRINCIPALES

¿Cuáles son sus síntomas? (dolor, debilidad, entumecimiento, dolor de cabeza, problemas de visión, etc.) _____

_____

¿Dónde se localizan sus síntomas? (cuello, brazo, espalda, pierna, lado derecho, cabeza, etc.) _____

_____

¿Cuándo comenzó a notar estos síntomas?_____

¿Cómo comenzaron? (accidente, lesión, de manera espontánea, etc.) Describa el inicio._____

_____

Al principio, ¿qué es lo primero que sintió y dónde? (dolor en la pierna izquierda, dolor en el ojo derecho, etc.)_____

_____

PROBLEMAS PREVIOS

¿Alguna vez ha tenido un problema similar? Sí No

Si su respuesta es sí, ¿cuándo? ¿cómo mejoró? (cirugía, terapia física, inyección epidural de esteroides, medicamento, descanso, etc.) _____

_____

DESDE EL INICIO

¿Qué tratamiento ha tenido? (cirugía, terapia física, inyección epidural de esteroides, medicamento, descanso, etc.) _____

_____

Si fue tratado, ¿dónde y cuándo fueron los tratamientos? _____

¿Ha tenido remisiones o relapsos (mejor/peor)? ¿Cuándo? _____

¿Qué médicos ha visto por este problema? _____

CURSO ACTUAL

¿Sus síntomas mejoraron, empeoraron o se mantienen igual desde el inicio? _____

¿Empeoran al sentarse, pararse, caminar o al hacer alguna actividad? Si su respuesta es sí, ¿qué distancia puede caminar y por cuánto tiempo puede estar de pie? _____

¿Tiene problemas de equilibrio, coordinación, habla, visión? Sí No Si su respuesta es sí, describa:_____

_____

¿Tiene cambios en su patrón de sueño o peso? Sí No Si su respuesta es sí, describa: _____

_____

¿Está trabajando? Sí No Si ha dejado, ¿cuándo y por qué? Si ha vuelto a trabajar, ¿cuándo?_____

_____

¿Qué medicamentos está tomando para este problema?_____

¿Qué pruebas se ha realizado? (IRM, TAC, EMG, etc.)_____

OTRO

¿Qué otra cosa quisiera que sepa sobre su problema?_____

_____

TORRANCE MEMORIAL
PHYSICIAN NETWORK

CUESTIONARIO DE SALUD DE NEUROCIRUGÍA

HISTORIAL GENERAL *(CONTESTE DE LA MANERA MÁS COMPLETA POSIBLE. USE EL DORSO DE SER NECESARIO.)*

Nombre: _____ **Fecha de nacimiento:** _____ **Fecha:** _____

HISTORIAL MÉDICO PREVIO

Por lo demás, ¿goza de buena salud? (¿Alguna enfermedad grave?) Sí No Si su respuesta es no, describa: _____

¿Alguna cirugía previa? Sí No Si su respuesta es sí, describa: _____

¿Alguna fractura mayor previa? Sí No Si su respuesta es sí, describa: _____

Consumo de alcohol: Nunca Pocas veces Moderado Siempre

Tabaco: Nunca Solía fumar ¿Fuma ahora?___Paquetes por día por años: ___

¿Es alérgico/a a algún medicamento? Sí No Si su respuesta es sí, penicilina, otros antibióticos, sulfamidas, yodo, otros:_____

¿Toma algún medicamento en la actualidad? Sí No Si su respuesta es sí, describa: _____

HISTORIAL MÉDICO FAMILIAR

Historial familiar no disponible (adopción, por ejemplo) Sí No

Padre: Vivo y saludable Mala salud Fallecido: Edad_____ Causa: _____

Madre: Viva y saludable Mala salud Fallecida: Edad_____ Causa: _____

Hermanos/a:___Total /_____Mala salud a causa de:_____/_____Fallecido/a a causa de:_____

Hijos/a:_____Total /_____Mala salud a causa de:_____/_____Fallecido/a a causa de: _____

Historial familiar de problemas médicos? Sí No (Marque con un círculo): Cáncer Diabetes Problema cardíaco presión arterial alta Infarto Convulsiones Suicidio Enfermedad mental Tendencia al sangrado Gota u otro tipo de artritis Defectos hereditarios Tuberculosis

REVISIÓN DE SISTEMAS SIN PARTICULARIDADES

Sí	No	Sistema	Síntomas *(Marque con un círculo los síntomas correspondientes)*
		Cabeza/cuello	Dolores de cabeza Migrañas Rigidez
		Oído/nariz/garganta	Cataratas Glaucoma Ceguera Alergias Sinusitis Audición reducida Mareos
		Pecho	Asma Enfisema Dificultad al respirar Neumonía Tos crónica Resfriado
		Corazón	Ataque cardíaco Presión arterial alta Dolor de pecho Falta de aire Soplo
		Abdomen	Úlcera Hepatitis Colitis Enfermedad de la vesícula Vómitos Sangrado en heces
		Genitourinario	Pérdida de orina Orina frecuente Orina por pesadillas Sangre en orina Problema renal
		Piel	Cáncer Afección cutánea Salpullido o urticaria Infecciones Marcas anorm, en la piel
		Tumores	Cáncer de cualquier tipo (pulmón, mama, próstata, otros) Otros tumores
		Neurológico	Problemas de memoria Convulsiones Parálisis Problemas del habla Problemas para caminar Desmayos
		Psiquiátrico	Atención psiquiátrica Depresión
		Hematológico	Sangra o forma hematomas con facilidad Cicatrización lenta Anemia Flebitis Enfermedad de la sangre
		Endócrino	Enfermedad de la tiroides Terapia hormonal