

Nombre: _____ Fecha Naci: ____ / ____ / ____ Edad: _____

Pharmacia preferida: _____

Queja Principal: _____

Cuando empezó el problema: _____ Cual lado: Derecho Izquierdo

Cómo empezó el dolor: _____ Te despierta por la noche: Sí No

Qué empeora el dolor: _____

¿Qué ha intentado para mejorar el dolor (encierre en un círculo todo lo que corresponda)?

Descanso	Hielo	Calor	Envoltura compresiva
Cambiando tus actividades	Ejercicios en casa o estiramientos	Fisioterapia formal	Un rodillera o un aparato
Tylenol	medicamentos sin receta (ibuprofeno, etc)	Cremas tópicas (voltaren, icy hot, lidocaína, etc)	Medicamentos recetados
inyecciones de esteroides	inyecciones de gel	Otras inyecciones articulares	Bloqueos de nervios

¿Cómo ha estado tu peso corporal en el último año (circle)? Ganado Establo Perdido

¿Has tenido algún (circle): Radiografías MRI CT-scan BoneScan EMG Otra: _____

Cuando: _____ Dónde: _____

Consumo del Tabaco (circle): No Sí-detalles: _____

Consumo de alcohol (circle): Ninguno Infrecuente Semanalmente-detalles: _____

Historia Médica/Problemas: _____

Cirugías Previas: _____

Escriba todos los medicamentos, vitaminas, analgésicos, etc. que toma regularmente.

Alergias a medicamentos, cintas o tintes: _____

¿Está interesado en alguno de los siguientes tratamientos de salud preventivos? (circle)

Osteoporosis Prevención-de-Caídas Control-de-Peso Dejar-de-Fumar

THE VETERANS RAND 12 ITEM HEALTH SURVEY (VR-12)

Instrucciones: Este encuesta le pide sus puntos de vista sobre su salud. Esta información le hará a realizar un seguimiento de cómo se siente y lo bien que puede hacer sus actividades habituales.

Responda a cada pregunta marcando la respuesta como se indica. Si no está seguro de cómo responder a una pregunta, por favor dé la mejor respuesta que pueda.

(Círculo un número en cada línea)

1. En general, ¿diría que su salud es?

EXCELLENTE	MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA
1	2	3	4	5

2. Las siguientes frases se refieren a actividades que usted podría hacer durante un día típico. **¿Su estado de salud actual lo limita** para hacer estas actividades? Si es así, ¿cuánto?

Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita en absoluto
---------------------------	-----------------------------	------------------------------------

a. **¿Actividades moderadas**, tales como mover una mesa, empujar una aspiradora, o jugar al bowling o al golf?

1	2	3
---	---	---

b. ¿Subir **varios** pisos por la escalera?

1	2	3
---	---	---

3. Durante las últimas 4 semanas, ¿ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con su trabajo u otras actividades diarias regulares **a causa de su salud física**?

No, nunca	Sí, muy pocas veces	Sí, algunas veces	Sí, casi siempre	Sí, siempre
-----------	---------------------------	-------------------------	---------------------	----------------

a. **Ha realizado menos** de lo que le hubiera gustado.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

b. Ha tenido limitaciones en cuanto **al tipo** de trabajo u otras actividades.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

4. Durante las últimas 4 semanas, ¿ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con su trabajo u otras actividades diarias regulares **a causa de algún problema emocional** (como sentirse deprimido o ansioso)?

No, nunca	Sí, muy pocas veces	Sí, algunas veces	Sí, casi siempre	Sí, siempre
-----------	---------------------------	-------------------------	---------------------	----------------

a. **Ha realizado menos** de lo que le hubiera gustado.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

b. Ha hecho el trabajo u otras actividades con **menos cuidado** que lo usual

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto interfirió **el dolor** con su trabajo normal (incluyendo tanto el trabajo fuera de casa como los quehaceres domésticos)?

Nada en absoluto	Ligeramente	Medianamente	Bastante	Extramadamente
1	2	3	4	5

Estas preguntas se refieren a cómo se siente usted y a cómo le han ido las cosas durante las últimas 4 semanas. Por cada pregunta, por favor dé la respuesta que más se acerca a la manera como se ha sentido usted.

6. ¿Cuánto tiempo durante las últimas 4 semanas:

	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
a. Se ha sentido tranquilo y sosegado?	1	2	3	4	5	6
b. Ha tenido mucha energía?	1	2	3	4	5	6
c. Se ha sentido desanimado y triste?	1	2	3	4	5	6

7. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo **su salud física o sus problemas emocionales** han interferido con sus actividades sociales (como visitar amigos, parientes, etc.)?

Siempre	Casi Siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
1	2	3	4	5

Ahora quisiéramos hacerle algunas preguntas sobre cómo puede haber cambiado su salud.

8. Comparando **su salud física** con la de hace un año, ¿cómo la calificaría en general **ahora**?

Mucho mejor	Algo mejor	Más o menos igual	Algo peor	Mucho peor
1	2	3	4	5

9. Comparando **sus problemas emocionales** (por ejemplo, tener ansiedad, estar deprimido o irritable) con los de hace un año, ¿cómo los calificaría en general **ahora**?

Mucho mejor	Algo mejor	Más o menos igual	Algo peor	Mucho peor
1	2	3	4	5

**SUS RESPUESTAS SON IMPORTANTES.
USAMOS ESTO DE VARIAS MANERAS:**

- Cuantificar la carga de su condición
- Asesorarle sobre la probabilidad de mejorar con ciertos tratamientos como cirugía
- Evalúe si está mejorando o empeorando con el(los) tratamiento(s)

GRACIAS POR COMPLETAR ESTE ENCUESTA