

**CUESTIONARIO DE SEGUIMIENTO ORTOPÉDICO  
FOLLOW-UP QUESTIONNAIRE - ORTHOPEDIC**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nac: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Fecha de la lesión \_\_\_\_\_ Fecha de la cirugía \_\_\_\_\_

<b>INFORMACIÓN MÉDICA ACTUAL</b>
----------------------------------

¿Qué partes del cuerpo están involucradas? (Marque todas las que correspondan a continuación)

Tobillo:	<input type="checkbox"/> Der.	<input type="checkbox"/> Izq.	Brazo:	<input type="checkbox"/> Der.	<input type="checkbox"/> Izq.	Espalda:	<input type="checkbox"/>	Codo:	<input type="checkbox"/> Der.	<input type="checkbox"/> Izq.	
Dedo: _____	<input type="checkbox"/> Der.	<input type="checkbox"/> Izq.	Pie:	<input type="checkbox"/> Der.	<input type="checkbox"/> Izq.	Mano:	<input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> L	Cadera:	<input type="checkbox"/> Der.	<input type="checkbox"/> Izq.
Rodilla:	<input type="checkbox"/> Der.	<input type="checkbox"/> Izq.	Pierna:	<input type="checkbox"/> Der.	<input type="checkbox"/> Izq.	Cuello:	<input type="checkbox"/>	Pelvis:	<input type="checkbox"/>		
Hombro:	<input type="checkbox"/> Der.	<input type="checkbox"/> Izq.	Dedo del pie:	<input type="checkbox"/> Der.	<input type="checkbox"/> Izq.	Muñeca:	<input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> L	Otro:		

En una escala de 0-100%, ¿cuánto ha mejorado? (Si no ha mejorado, ponga 0%) \_\_\_\_\_

 En una escala de 0-10 (10 es lo peor) ¿Qué tan fuerte es el dolor?  0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

 ¿Cómo es la calidad del dolor?:  Agudo  Sordo  Punzante  Pulsante  Adolorido  Ardor

 ¿Qué medicamentos toma para este problema?  Ninguno  Narcótico: \_\_\_\_\_

 Anti-Inflamatorio: \_\_\_\_\_  Otro: \_\_\_\_\_

 ¿Ha tenido alguna cirugía para este padecimiento?, en una escala de 0-10 (10 = lo más satisfecho), ¿Qué tan satisfecho está con el resultado de la cirugía? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

 ¿Tiene alguna pregunta que le gustaría que el doctor le conteste durante esta visita? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Por medio de la presente certifico que la información anterior es verdadera y correcta a mi mejor entender.

Nombre del paciente o representante legal: \_\_\_\_\_

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

