Medico-Legal Evaluations, P.A.
Teléfono 732-972-4771 · Fax 732-972-0022 · info@mlenj.com · **mlenj.com**

Cuestionario de lesión del brazo

Complete solo los formularios de las partes del cuerpo lesionadas. Escriba en él desde una computadora o un teléfono y envíelo a **info@mlenj.com** antes de su cita, o imprímalo y tráigalo. Traiga también sus radiografías, MRI o CT (película o disco).

Nombre completo | **Fecha de nacimiento** | **Fecha de hoy**

Su lesión

¿Cuándo ocurrió la lesión? ☐ **¿Es diestro(a) o zurdo(a)?** ☐ Diestro(a) ☐ Zurdo(a)

¿Qué parte se lesionó? (marque todo lo que corresponda; si son ambos lados, marque las dos filas)

	Hombro	Parte de arriba del brazo	Codo	Antebrazo	Muñeca	Mano	Dedo(s)
Izquierdo	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Derecho	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

¿Cómo ocurrió la lesión?

Antes y después de esta lesión

Antes de esta lesión, ¿tuvo alguno de estos? (marque todos los que correspondan)

☐ Una lesión del brazo o la mano ☐ Dolor o problemas del brazo o la mano ☐ Tratamiento del brazo o la mano
☐ Ninguno de estos

Si marcó alguno, ¿cuándo y qué pasó (por ejemplo, otro accidente)?

¿Otros accidentes o lesiones después de esta lesión? ☐ Sí ☐ No ¿Qué pasó?

Tratamiento y trabajo

¿Qué tratamientos ha recibido por esta lesión? (marque todos los que correspondan)

☐ Cirugía ☐ Inyecciones ☐ Terapia física ☐ Yeso, férula o soporte Otro:

Situación de trabajo: (marque una)

☐ Trabajo normal ☐ Trabajo con restricciones ☐ No trabajo por esta lesión ☐ Jubilado(a) ☐ No trabajo por otra razón

Su trabajo (o su último trabajo):

Dolor

¿Tiene dolor en este momento? ☐ Sí ☐ No

Dolor en este momento

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

0 = Sin dolor — 10 = El peor dolor imaginable

Dolor en su peor momento durante la última semana

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

0 = Sin dolor — 10 = El peor dolor imaginable

¿Dónde tiene el dolor ahora? (marque todo lo que corresponda)

	Hombro	Parte de arriba del brazo	Codo	Antebrazo	Muñeca	Mano	Dedo(s)
Izquierdo	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Derecho	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

¿Cómo es el dolor? (marque todos los que correspondan)

☐ Agudo ☐ Sordo ☐ Ardiente ☐ Punzante ☐ Persistente ☐ Pulsátil ☐ Escozor

Otro: _____

¿Con qué frecuencia tiene dolor? ☐ A veces ☐ La mayor parte del tiempo ☐ Todo el tiempo

¿Tiene entumecimiento, hormigueo u otras sensaciones anormales en los brazos o las manos? ☐ Sí ☐ No

Si respondió que sí, ¿en qué lado? ☐ Izquierdo ☐ Derecho ☐ Ambos Describa: _____

Medicamentos para el dolor que toma: _____

Actividades

¿Cuáles de estas actividades le resultan más difíciles **a causa de la lesión o las lesiones descritas en este formulario?** Para cada actividad, **marque solo una casilla**. Deje la fila en blanco si la lesión no afecta esa actividad.

Actividad	No puedo hacerlo	Puedo, pero menos que antes	Puedo hacerlo normalmente, pero con dolor
Uso de la mano y el brazo			
Escribir en el teclado o usar una computadora	◯	◯	◯
Escribir a mano	◯	◯	◯
Usar herramientas	◯	◯	◯
Abrir frascos	◯	◯	◯
Abrochar botones y cierres	◯	◯	◯
Levantar, cargar y alcanzar			
Levantar cosas	◯	◯	◯
Cargar objetos	◯	◯	◯
Cargar niños	◯	◯	◯
Alcanzar por encima de la cabeza	◯	◯	◯
Tareas de la casa			
Lavar la ropa	◯	◯	◯
Cocinar	◯	◯	◯
Pasar la aspiradora o barrer	◯	◯	◯
Hacer reparaciones	◯	◯	◯
Ejercicio y recreación			
Practicar deportes	◯	◯	◯
Hacer ejercicio	◯	◯	◯
Andar en bicicleta	◯	◯	◯
Actividades diarias			
Bañarse o ducharse	◯	◯	◯
Manejar	◯	◯	◯
Dormir	◯	◯	◯

Otras actividades que le resultan más difíciles a causa de esta lesión: _____