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

Cuestionario de lesión del cuello

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?

¿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 cuello ☐ Dolor o problemas del cuello ☐ Tratamiento del cuello ☐ 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 ☐ Tratamiento quiropráctico 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?

Marque una casilla por cada parte que le duele. Deje la fila en blanco si no le duele.

Parte	Me duele	Si le duele, ¿en qué lado?		
		Izquierdo	Derecho	Ambos
Cabeza (dolores de cabeza)	☐	—	—	—
Cuello	☐	—	—	—
Hombro	—	◯	◯	◯
Brazo	—	◯	◯	◯
Mano	—	◯	◯	◯

¿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
Levantar y cargar			
Levantar cosas	○	○	○
Cargar objetos	○	○	○
Cargar niños	○	○	○
Posiciones de la cabeza y el cuello			
Usar una computadora	○	○	○
Leer o mirar el teléfono hacia abajo	○	○	○
Manejar (girar la cabeza)	○	○	○
Alcanzar o trabajar por encima de la cabeza	○	○	○
Alcanzar estantes altos	○	○	○
Tareas de la casa			
Lavar la ropa	○	○	○
Pasar la aspiradora o barrer	○	○	○
Cocinar	○	○	○
Ejercicio y recreación			
Andar en bicicleta	○	○	○
Practicar deportes	○	○	○
Hacer ejercicio o levantar pesas	○	○	○
Actividades diarias			
Vestirse	○	○	○
Dormir	○	○	○
Actividad sexual	○	○	○

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