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

Cuestionario general de lesiones

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?

¿Qué parte o partes del cuerpo se lesionaron? (marque todas las que correspondan)

☐ Cabeza / cerebro (conmoción cerebral) ☐ Cara ☐ Ojos ☐ Dientes / mandíbula ☐ Pecho / costillas ☐ Seno
☐ Estómago / abdomen (hernia) ☐ Ingle ☐ Piel (cortadas, cicatrices, quemaduras) Otro:

¿Tiene cicatrices por esta lesión? ☐ Sí ☐ No Si respondió que sí, ¿dónde?

Antes y después de esta lesión

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

☐ Una lesión en la misma parte del cuerpo ☐ Dolor o problemas en esa parte ☐ Tratamiento en esa parte
☐ 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)

☐ Sala de emergencias ☐ Puntos (suturas) ☐ Cirugía ☐ Terapia física ☐ Visita a un especialista
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?

Solo para lesiones de la cabeza: ¿tiene alguno de estos síntomas? (marque todos los que correspondan)

☐ Dolores de cabeza ☐ Mareos ☐ Problemas de memoria ☐ Dificultad para concentrarse ☐ Visión borrosa
☐ Zumbido en los oídos ☐ Sensibilidad a la luz o al ruido

¿Qué otros problemas tiene ahora a causa de esta lesión?

Medicamentos que toma para el dolor u otros síntomas:

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 moverse			
Levantar cosas	○	○	○
Cargar objetos	○	○	○
Agacharse o girar el cuerpo	○	○	○
Respirar profundo o toser	○	○	○
Pensar, ver y oír			
Leer o concentrarse	○	○	○
Recordar cosas	○	○	○
Usar una computadora o un teléfono	○	○	○
Estar en lugares con luz fuerte o ruido	○	○	○
Tareas de la casa			
Quehaceres de la casa	○	○	○
Cuidar a los niños	○	○	○
Ejercicio y recreación			
Hacer ejercicio o deportes	○	○	○
Actividades sociales	○	○	○
Actividades diarias			
Manejar	○	○	○
Comer o masticar	○	○	○
Vestirse	○	○	○
Dormir	○	○	○
Actividad sexual	○	○	○

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