



## HISTORIA DEL TRATAMIENTO MÉDICO DE LA LESIÓN PRESENTE

¿Cuándo empezó a buscar tratamiento médico para su lesión? \_\_\_\_\_

¿A dónde fue?  sala de emergencia  Médico de la compañía  Médico general de mi familia  Médico Actual

Transportado en ambulancia  otro: \_\_\_\_\_

¿Cuáles servicios se realizaron en ese momento? \_\_\_\_\_

**Sírvase indicar cuáles de los siguientes procedimientos de diagnóstico y tratamientos ha recibido desde que se lesionó:**

Procedimiento Diagnóstico	Para que parte(s) del cuerpo	Fecha (s)	Resultados
Radiografías			
MRI(s) # ____			
Tomografía computarizada (CT Scan0			
CT Myleograma o Discografía			
EMG/NCV(Estudio de los nervios) <input type="checkbox"/> extremidad inferior <input type="checkbox"/> extremidad superior			
Otros exámenes:			
Pruebas Psicológicas			
Tratamiento / Servicios	Para que parte(s) del cuerpo	Fecha (s)	Resultado/Efecto
Terapia Física (PT) Sesiones # ____			
Referido a un especialista (s) Nombre del doctor (s) _____			
Referido a un neurólogo			
Inyecciones de esteroides (ESI) # ____			
Cirugía ¿cuántas? ____			
Terapia Física después de la cirugía Sesiones # _____			
Work Conditioning # días ____			
Work Hardening # días ____			
Programa de manejo del dolor crónico # días ____			
Examen doctor designado			
Psicoterapia Individual # ____ sesiones			
Estimulador de la Médula Espinal prueba ____ implante_____			
Otros:			

## EL DOLOR Y SU IMPACTO

<b>Calificar los siguientes usando una escala del 0 al 10, donde 10 es lo peor que usted podría imaginarse.</b>	Grado en que el dolor interfiere con sus <b>actividades cotidianas</b> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nivel del Dolor <b>promedio</b> : __ ahora: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 <b>en los últimos 6 meses</b> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Grado en que el dolor interfiere con las actividades <b>recreativas, sociales, familiares</b> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nivel del Dolor: <b>Sin actividad</b> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 <b>Con actividad</b> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Grado en que el dolor interfiere con <b>su habilidad a trabajar</b> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nivel del Dolor: <b>Con medicina</b> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 <b>Sin Medicina</b> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Nivel del Dolor <b>más alto</b> que ha tenido: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nivel del Dolor <b>más bajo</b> que ha tenido: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

### HISTORIA DE SALUD MÉDICA Y MENTAL

Por favor enumere todos los procedimientos quirúrgicos y las hospitalizaciones que ha tenido con sus fechas:

Por favor anote cualquier otra condición médica (s) o problema (s), tanto en el pasado y el presente, por los cuales ha recibido tratamiento (por ejemplo: diabetes o la presión, etc.):

¿Alguna vez ha sido tratado por una lesión en la cabeza?  Sí  No En caso afirmativo, ¿cuándo y cómo?

¿Ha participado anteriormente en consejería o la psicoterapia?  Sí  No  
En caso afirmativo, ¿cuándo y qué le llevó a buscar tratamiento?

¿Ha visto anteriormente a un psiquiatra o ha sido recetado medicamentos para la depresión, la ansiedad, el estado de ánimo o el sueño?  Sí  No En caso afirmativo, indique los detalles:

¿Alguna vez ha intentado terminar con su vida / de suicidarse?  Sí  No ¿Alguna vez ha se ha tratado de hacer daño a sí mismo o ha hecho algo auto lesivo?  Sí  No En caso afirmativo, indique los detalles:

¿Alguna vez ha sido hospitalizado por problemas psicológicos o psiquiátricos?  Sí  No  
En caso afirmativo, indique los detalles:

### HISTORIA SOCIAL, EDUCATIVA Y VOCACIONAL

Edad actual: Raza / Etnia: Lugar de nacimiento:

Estado civil:  Soltero/a  Casado/a  (# de años \_\_\_\_ )  Divorciado/a  Separado/a  Viudo/a  Otro \_\_\_\_

Hijos: # of Hijas \_\_\_\_ Edades de Hijas \_\_\_\_\_ # of Hijos \_\_\_\_ Edades de Hijos \_\_\_\_\_

¿Con quién está usted viviendo actualmente?  Solo/a  Esposo/a  Padre  Madre  Hijo(s)  Hija(s)  
(por favor marque todas las que apliquen)  Hermano/a (s)  Otro (s)  Mascota (s)

Nivel más alto de estudios completado: How many people live with you? ¿Dónde?

Entrenamiento o Formación especializada, certificados y licencias que usted tiene:

Idiomas(s) que usted habla:  Inglés  Español  Otro(s) \_\_\_\_\_

Idiomas (s) que usted entiende:  Inglés  Español  Otro(s) \_\_\_\_\_

Idiomas(s) que usted lee y escribe:  Inglés  Español  Otro(s) \_\_\_\_\_

Tipos de empleos desempeñados (Marque todas las que apliquen):  trabajos pesados  construcción  fabricas  
 mano de obra especializada (fontanero, electricista, etc)  clerical  empresario  paisajismo  campo/agricultura  
 conductor  entrega de servicios  servicios de comida/restaurante  servicio de atención al cliente  salud  
 ventas al por menor  enseñanza  puericultura  supervisión profesional  Otros: \_\_\_\_\_

Historial del trabajo (por favor incluya el trabajo que realizó recientemente y los trabajos donde más tiempo estuvo)

*Empleador*

*Posición*

*Razón por dejar el Empleo*

**Planes Actuales Vocacionales:**  Volver a trabajar en la misma compañía (mismo empleador) en la misma posición   
 Volver a trabajar en la misma compañía (mismo empleador) pero en una posición diferente  Volver a trabajar en la  
misma posición en una compañía/empleador diferente  Volver a trabajar en una posición nueva en una  
compañía/empleador diferente  Buscar entrenamiento y/o educación adicional  No sé  Otro: \_\_\_\_\_

### CAMBIOS EN EL ESTILO DE VIDA RELACIONADO CON LA LESIÓN

Por favor marque las actividades con las que usted ha tenido dificultades y/o ha tenido que modificar o suspender a causa de su lesión en el trabajo:  Bañarse  Arreglarse  Quehaceres del hogar  Trabajar en el jardín  Cocinar  Cuidar a los hijos y/o familiares  Ejercicio/Jugar deportes  Conducir durante más de \_\_\_\_ min/hrs  Sentarme durante más de \_\_\_\_ min/hrs  Pararme durante más de \_\_\_\_ min/hrs  Caminar durante más de \_\_\_\_ min/distancia  Alcanzar  Doblarme  Encuclillarme  Gatear  Subir/Bajar Escaleras  Levantar/cargar más de \_\_\_\_ libras.  Actividad Sexual  Otro: \_\_\_\_\_

**Por favor anote ejemplos de los cambios o dificultades que ha sufrido:**

¿Cuál era su porcentaje de funcionamiento **antes de la lesión** (donde 0% es muerto y el 100% es perfecto)? \_\_\_\_ %

¿Cuál es su porcentaje **actual** de funcionamiento? \_\_\_\_ %

**Estatus de Movilidad:**  Independiente  Incapaz de caminar sin dispositivos de ayuda (por ejemplo, muletas o un bastón)  Dificultad con el equilibrio  Caída en los últimos 3 meses  Temor de caer  Otro: \_\_\_\_\_

**Por favor, indique si ha tenido alguno de los siguientes desde su lesión:**

**CAMBIOS EN LAS RELACIONES PERSONALES:**  Más conflictos con la familia  Menos involucrado en actividades de la familia  Me aíso de los demás  Menos participación en actividades sociales  No tengo nadie con quien hablar de mi dolor Sintiéndose  abandonado/a por los compañeros de trabajo  solo/a  ignorado/a  incomprendido/a

**CAMBIOS EN LA PERCEPCION:**  He perdido la confianza en mi mismo  Estoy más sensible sentimentalmente  Me siento mas vulnerable a la crítica  Siento que no tengo control de mi vida  Me siento  inútil  impotente  como una carga  poco atractivo  Me siento  decepcionado de mi mismo  enojado conmigo mismo

**TRASTORNOS DEL SUEÑO:**  Dificultad de conciliar el sueño  Múltiples despertares durante la noche, # de veces \_\_\_\_  Despertar demasiado temprano por la mañana ¿Cuántas horas dormía antes de la lesión? \_\_\_\_ ¿Cuántas ahora? \_\_\_\_

**HABITOS PERSONALES:** ¿Consume alcohol?  No  Sí con la siguiente frecuencia: \_\_\_\_\_

¿Su uso de alcohol ha cambiado desde la lesión?  ningún cambio  aumento por \_\_\_\_  disminución por \_\_\_\_

¿Fuma o usa tabaco?  No  Sí con la siguiente frecuencia: \_\_\_\_\_

¿Su uso de tabaco ha cambiado desde la lesión?  ningún cambio  aumento por \_\_\_\_  disminución por \_\_\_\_

¿Ha cambiado su apetito?  aumento  disminución  ningún cambio

¿Ha cambiado su peso?  aumento de \_\_\_\_ libras  disminución de \_\_\_\_ libras  ningún cambio

Por favor, describa cualquier otro cambio que han sufrido como consecuencia de su lesión:

¿Quién le ha ayudado y/o dado apoyo desde que sufrió su lesión (emocional, económica, con información, etc.)?

¿Cuáles fortalezas o recursos personales tiene usted para ayudarse a manejar los problemas relacionados con las lesiones?

### VERIFICACIÓN Y FIRMA

Yo certifico que mis respuestas son verdaderas y correctas según mi mejor conocimiento.

FIRMA:

Fecha

## PCL-5 en español

**Instrucciones:** A continuación se muestra una lista de los problemas que las personas tienen a veces en respuesta a una experiencia muy estresante. Por favor, lea cada problema cuidadosamente y circule su respuesta al derecho para indicar cuanto ese problema le ha molestado durante el último mes.

<i>En el último mes, ¿cuánto le molestó?:</i>	<i>Nada</i>	<i>Un poco</i>	<i>Moderadamente</i>	<i>Bastante</i>	<i>Extremadamente</i>
1. ¿Recuerdos repetidos, inquietantes, y no deseados de la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
2. ¿Sueños de la experiencia estresante, repetidos e inquietantes?	0	1	2	3	4
3. ¿Repentinamente sintiendo o actuando como si la experiencia estresante estuviera sucediendo de nuevo (como si estuviera realmente allí reviviéndola)?	0	1	2	3	4
4. ¿Sentirse muy molesto/a cuando algo le recuerda de la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
5. ¿Tener reacciones físicas fuertes cuando algo le recuerda la experiencia estresante (por ejemplo, el corazón palpitante, dificultad para respirar, sudoración)?	0	1	2	3	4
6. ¿Evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
7. ¿Evitar recuerdos externos de la experiencia estresante (por ejemplo, personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos o situaciones)?	0	1	2	3	4
8. ¿Tener problemas con poder recordar partes importantes de la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
9. ¿Tener creencias negativas muy fuertes sobre sí mismo, otras personas, o el mundo (por ejemplo, tener pensamientos como: soy malo, hay algo seriamente mal conmigo, no se puede confiar en nadie, el mundo es completamente peligroso)?	0	1	2	3	4
10. ¿Culparse a sí mismo o a alguien más por la experiencia estresante o por lo que pasó después?	0	1	2	3	4
11. ¿Tener fuertes sentimientos negativos como el miedo, el horror, la ira, la culpa o la vergüenza?	0	1	2	3	4
12. ¿Pérdida de interés en actividades que antes disfrutaba?	0	1	2	3	4
13. ¿Sentirse distante o aislado de otras personas?	0	1	2	3	4
14. ¿Problemas sintiendo emociones positivas (por ejemplo, incapacidad de sentir felicidad o tener sentimientos de amor hacia las personas cercanas a usted)?	0	1	2	3	4
15. ¿Sentirse irritable, tener ataques de ira, o comportamiento agresivo?	0	1	2	3	4
16. ¿Tomar demasiados riesgos o hacer cosas que podrían causarle daño?	0	1	2	3	4
17. ¿Estar "súper-alerta", o vigilante o en guardia?	0	1	2	3	4
18. ¿Sentirse nervioso/a o asustado/a fácilmente?	0	1	2	3	4
19. ¿Tener dificultad concentrándose?	0	1	2	3	4
20. ¿Problemas conciliando o manteniendo el sueño?	0	1	2	3	4