



Anterior

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nuca | |
| <input type="checkbox"/> Espalda alta | <input type="checkbox"/> Espalda baja |
| <input type="checkbox"/> Hombro derecho | <input type="checkbox"/> Hombro izquierdo |
| <input type="checkbox"/> Brazo derecho | <input type="checkbox"/> Brazo izquierda |
| <input type="checkbox"/> Codo derecho | <input type="checkbox"/> Codo izquierdo |
| <input type="checkbox"/> Antebrazo derecho | <input type="checkbox"/> Antebrazo izquierdo |
| <input type="checkbox"/> Muñeca derecha | <input type="checkbox"/> Muñeca izquierda |
| <input type="checkbox"/> Dedos mano derecha | <input type="checkbox"/> Dedos mano izquierda |
| <input type="checkbox"/> Cadera derecha | <input type="checkbox"/> Cadera izquierda |
| <input type="checkbox"/> Muslo derecho | <input type="checkbox"/> Muslo izquierdo |
| <input type="checkbox"/> Rodilla derecha | <input type="checkbox"/> Rodilla izquierda |
| <input type="checkbox"/> Pierna derecha | <input type="checkbox"/> Pierna izquierda |
| <input type="checkbox"/> Pantorrilla derecha | <input type="checkbox"/> Pantorrilla izquierda |
| <input type="checkbox"/> Tobillo derecho | <input type="checkbox"/> Tobillo izquierdo |
| <input type="checkbox"/> Talón derecho | <input type="checkbox"/> Talón izquierdo |
| <input type="checkbox"/> Dorso/empeine pie derecho | <input type="checkbox"/> Dorso/empeine pie izquierdo |



Posterior

- | | | | |
|--------------------------|---------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Nuca | | |
| <input type="checkbox"/> | Espalda alta | <input type="checkbox"/> | Espalda baja |
| <input type="checkbox"/> | Hombro derecho | <input type="checkbox"/> | Hombro izquierdo |
| <input type="checkbox"/> | Brazo derecho | <input type="checkbox"/> | Brazo izquierda |
| <input type="checkbox"/> | Codo derecho | <input type="checkbox"/> | Codo izquierdo |
| <input type="checkbox"/> | Antebrazo derecho | <input type="checkbox"/> | Antebrazo izquierdo |
| <input type="checkbox"/> | Muñeca derecha | <input type="checkbox"/> | Muñeca izquierda |
| <input type="checkbox"/> | Dedos mano derecha | <input type="checkbox"/> | Dedos mano izquierda |
| <input type="checkbox"/> | Cadera derecha | <input type="checkbox"/> | Cadera izquierda |
| <input type="checkbox"/> | Muslo derecho | <input type="checkbox"/> | Muslo izquierdo |
| <input type="checkbox"/> | Rodilla derecha | <input type="checkbox"/> | Rodilla izquierda |
| <input type="checkbox"/> | Pierna derecha | <input type="checkbox"/> | Pierna izquierda |
| <input type="checkbox"/> | Pantorrilla derecha | <input type="checkbox"/> | Pantorrilla izquierda |
| <input type="checkbox"/> | Tobillo derecho | <input type="checkbox"/> | Tobillo izquierdo |
| <input type="checkbox"/> | Talón derecho | <input type="checkbox"/> | Talón izquierdo |
| <input type="checkbox"/> | Dorso/empeine pie derecho | <input type="checkbox"/> | Dorso/empeine pie izquierdo |

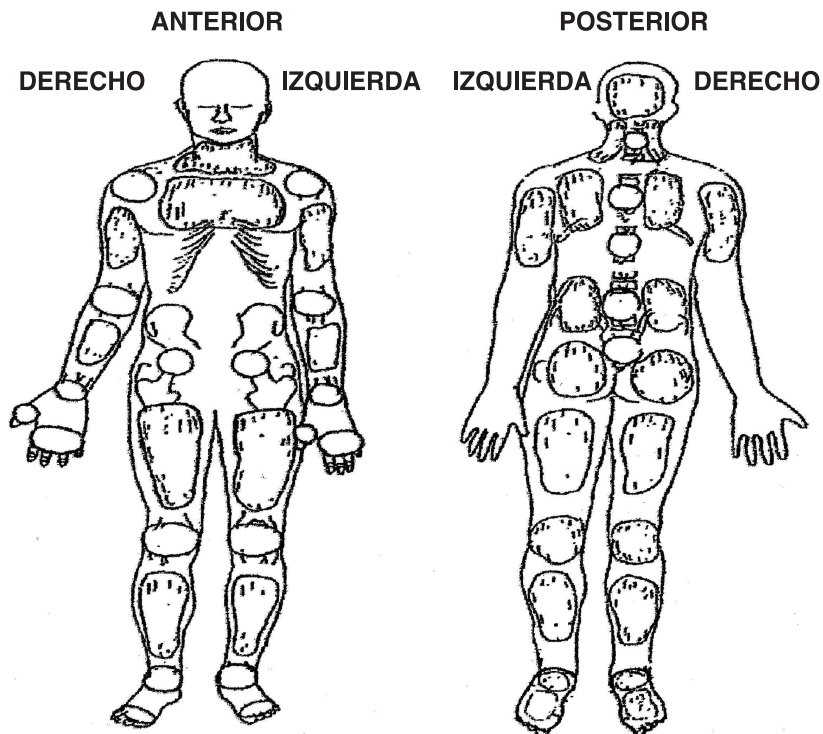
--	--	--	--

 Planta del pie derecho
 Planta del pie izquierdo
 Dedos del pie derecho
 Dedos del pie izquierdo
 Otro _____

A.2 ¿Ha tenido usted alguna vez en el pasado, dolor articular, dolor muscular, hinchazón y rigidez articular?

SI NO

En caso afirmativo, indique en la figura humana de abajo los lugares en donde ha sentido dolor:



Duración total de los síntomas: 6 Días 1-4 Semanas 1-12 Meses Años

A.3 ¿Cuál es la intensidad de su dolor?

En el pasado (4 semanas):

NADA POCO MODERADO FUERTE MUY FUERTE

Durante los últimos 7 días:

NADA POCO MODERADO FUERTE MUY FUERTE



Anterior

- | | | | |
|--------------------------|---------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Nuca | | |
| <input type="checkbox"/> | Espalda alta | <input type="checkbox"/> | Espalda baja |
| <input type="checkbox"/> | Hombro derecho | <input type="checkbox"/> | Hombro izquierdo |
| <input type="checkbox"/> | Brazo derecho | <input type="checkbox"/> | Brazo izquierda |
| <input type="checkbox"/> | Codo derecho | <input type="checkbox"/> | Codo izquierdo |
| <input type="checkbox"/> | Antebrazo derecho | <input type="checkbox"/> | Antebrazo izquierdo |
| <input type="checkbox"/> | Muñeca derecha | <input type="checkbox"/> | Muñeca izquierda |
| <input type="checkbox"/> | Dedos mano derecha | <input type="checkbox"/> | Dedos mano izquierda |
| <input type="checkbox"/> | Cadera derecha | <input type="checkbox"/> | Cadera izquierda |
| <input type="checkbox"/> | Muslo derecho | <input type="checkbox"/> | Muslo izquierdo |
| <input type="checkbox"/> | Rodilla derecha | <input type="checkbox"/> | Rodilla izquierda |
| <input type="checkbox"/> | Pierna derecha | <input type="checkbox"/> | Pierna izquierda |
| <input type="checkbox"/> | Pantorrilla derecha | <input type="checkbox"/> | Pantorrilla izquierda |
| <input type="checkbox"/> | Tobillo derecho | <input type="checkbox"/> | Tobillo izquierdo |
| <input type="checkbox"/> | Talón derecho | <input type="checkbox"/> | Talón izquierdo |
| <input type="checkbox"/> | Dorso/empeine pie derecho | <input type="checkbox"/> | Dorso/empeine pie izquierdo |



Posterior

- | | | | |
|--------------------------|---------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Nuca | | |
| <input type="checkbox"/> | Espalda alta | <input type="checkbox"/> | Espalda baja |
| <input type="checkbox"/> | Hombro derecho | <input type="checkbox"/> | Hombro izquierdo |
| <input type="checkbox"/> | Brazo derecho | <input type="checkbox"/> | Brazo izquierda |
| <input type="checkbox"/> | Codo derecho | <input type="checkbox"/> | Codo izquierdo |
| <input type="checkbox"/> | Antebrazo derecho | <input type="checkbox"/> | Antebrazo izquierdo |
| <input type="checkbox"/> | Muñeca derecha | <input type="checkbox"/> | Muñeca izquierda |
| <input type="checkbox"/> | Dedos mano derecha | <input type="checkbox"/> | Dedos mano izquierda |
| <input type="checkbox"/> | Cadera derecha | <input type="checkbox"/> | Cadera izquierda |
| <input type="checkbox"/> | Muslo derecho | <input type="checkbox"/> | Muslo izquierdo |
| <input type="checkbox"/> | Rodilla derecha | <input type="checkbox"/> | Rodilla izquierda |
| <input type="checkbox"/> | Pierna derecha | <input type="checkbox"/> | Pierna izquierda |
| <input type="checkbox"/> | Pantorrilla derecha | <input type="checkbox"/> | Pantorrilla izquierda |
| <input type="checkbox"/> | Tobillo derecho | <input type="checkbox"/> | Tobillo izquierdo |
| <input type="checkbox"/> | Talón derecho | <input type="checkbox"/> | Talón izquierdo |
| <input type="checkbox"/> | Dorso/empeine pie derecho | <input type="checkbox"/> | Dorso/empeine pie izquierdo |

--	--	--	--

A4. ¿Ha sido usted alguna vez operado? SI NO

DE QUE:

A5. (i) ¿Ha sufrido usted alguna lesión / herida o accidente? SI NO

(ii) En caso afirmativo: ¿Cómo ocurrió la lesión / herida?

a) Accidente de carro: Adentro del vehículo Atropellado

b) Caída: De un árbol/de un edificio Suelo/gradas

c) Accidente de trabajo: Construcción Maquinaria Otro _____

(iii) En caso afirmativo, señale la parte del cuerpo en donde ocurrió la lesión (coloque una marca "✓" en la figura humana en donde corresponda):

↓ #Movimiento

X Dolor

• Inflamación

1. Falanges D

2. Carpos D.

3. Codo D.

4. Hombro D.

5. Acromio Clavicular D.

6. Temporo maxilar D.

7. Temporo maxilar Izq.

8. Acromio Clavicular Izq.

9. Hombro Izq.

10. Codo Izq.

11. Carpos Izq.

12. Falanges Izq.

13. Coxofemoral Izq.

14. Rodilla Izq.

15. Tarzo Izq.

16. Metatarzo Izq.

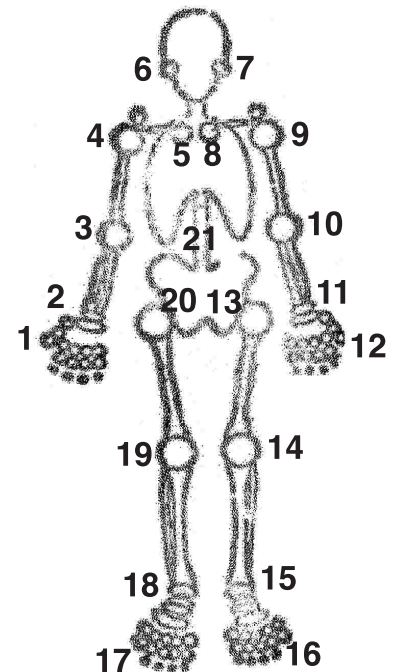
17. Metatrzo D.

18. Tarzo Der.

19. Rodilla Der.

20. Coxofemoral Der.

21. Columna



VISTA FRONTAL

(iv) Tipo de lesión:

a) Fractura Abierta con herida

b) Torcedura o doblón

c) Parálisis

d) Otros (especifique)

(v) ¿Quién le dio tratamiento inicial?

a) Médico Particular b) Promotor de Salud c) Puesto/Centro de Salud

d) Enfermero(a) f) curandero g) otro _____

--	--	--	--

(vi) ¿Cuál fue el resultado/consecuencia de la lesión?

a) Ninguna/curado(a) b) Incapacitado(a)

i) Dolor ii) Inmovilidad iii) Deformidad

(vii) Duración de la incapacidad: Días Meses Años

(viii) Costo total aproximado del tratamiento: Q.

SECCION "B": INCAPACIDAD FUNCIONAL (opcional)

B1. Marque "✓" para señalar el tipo de molestia si la hubiera, por causa del dolor / incapacidad en sus actividades diarias según se detalla más abajo.

	Ninguna	Leve	Moderado	Severo
Relaciones familiares				
Relaciones sociales				
Relaciones maritales (incluye la actividad sexual)				
Posición económica				
Negocios				
Habilidad para trabajar				
Habilidad para asistir a la escuela / universidad				
Pasatiempos				
Juegos				
Otros, especifique				

B2. (i) ¿Ha dejado usted de trabajar por causa de dolor o incapacidad?

SI NO

En caso afirmativo, por favor especifique la razón:

NOTAS / OBSERVACIONES:

--	--	--	--

(ii) ¿Ha usted alterado o cambiado su trabajo o empleo debido al dolor o incapacidad? SI NO

En caso afirmativo, por favor especifique la razón: _____

B3. ¿Se ha visto afectado su sueño por causa del dolor o incapacidad?

SI NO

En caso afirmativo, ha sido:

POCO REGULAR BASTANTE INSOMNIO

B4. ¿Se deprime usted fácilmente? SI NO

En caso afirmativo, ¿Se debe esto al dolor o incapacidad? SI NO

SECCION "C": DIFICULTAD PARA REALIZAR TAREAS ESPECIFICAS.

CUESTIONARIO PARA EVALUAR LA SALUD:

Es usted capaz de:	Sin ninguna dificultad (0 Pts.)	Con cierta dificultad (1 Pt.)	Con mucha dificultad (2 Pt.)	Incapaz de realizarlo (3 Pt.)	NA **	Punteo
I) VESTIRSE						
1. Vestirse usted mismo y abrocharse los botones						
2. Lavarse el cabello						
3. Peinarse el cabello						
II) LEVANTARSE						
4. Levantarse sin dificultad e una silla						
5. Acostarse y levantarse de la cama						
III) COMER						
6. Costar las verduras						
7. Levantar una taza llena o vaso hacia su boca						
8. Partir un pan con las manos						
IV) CAMINAR						
9. Caminar sobre una superficie plana						
10. Subir cinco gradas						
V) HIGIENE / ASEO PERSONAL						
12. Tomar un baño						
13. Bañarse y secarse el cuerpo						

--	--	--	--

VI) ALCANZAR OBJETOS						
14. Alcanzar y bajar un objeto de 5 Lb. (como una bolsa de azúcar) a la altura de su cabeza.						
15. Agacharse a recoger la ropa del piso						
VII) APRETAR / SUJETAR						
16. Abrir y cerrar chorros						
17. Quitar y poner llave a las puertas						
VIII) ACTIVIDADES/OCUPACION						
18. Trabaja en una oficina/casa						
19. Hace mandados y va de compras						
20. Se sube y baja del bus						
21. Se sube y baja del carro						
22. Puede andar en bicicleta						

Punteo total:

**NA = NO APLICA

C1. Marque cualquier ayuda o aparato que usted usualmente utilice para hacer sus actividades:

Bastón Andador Muletas Otro
 Silla de ruedas Silla de diseño especial Asiento elevado
 para el inodoro/excusado/letrina

C2. Actividades para las cuales usted necesita la ayuda de otra persona:

Vestirse y arreglarse Comer Levantarse Caminar
 Aseo personal Alcanzar cosas Sujetar objetos Hacer mandados

SECCION "D": TRATAMIENTO (opcional)

D1. ¿Qué es lo que espera usted de su doctor?

- ALIVIO DEL DOLOR
- ALIVIO DE LA HINCHAZÓN
- APOYO EMOCIONAL
- QUE LE DEDIQUEN MÁS TIEMPO
- CONTROLAR LA ENFERMEDAD

--	--	--	--

- INFORMACIÓN SOBRE LA ENFERMEDAD
- EL TRATAMIENTO/LA MEDICINA APROPIADA
- AMABILIDAD
- OTRO:

D2. ¿Qué tipo de tratamientos ha tenido usted con anterioridad?

- MEDICINA NATURAL
- MEDICINA TRADICIONAL
- HOMEOPATÍA
- ACUPUNTURA
- FISIOTERAPIA
- MASAJE
- TAI CHI
- YOGA
- MEDITACIÓN
- TERAPIA MAGNÉTICA
- DESCONOCIDO
- OTRO:

D3. ¿Está usted padeciendo de algún tipo de alergia? SI NO

En caso afirmativo: Alimentos Cuál(es)? _____

Medicamentos Cuál(es)? _____

Animales Cuál(es)? _____

Otras causas Cuál(es)? _____

--	--	--	--

D4. ¿Hay alguna comida o dieta que le aumente el dolor articular?

SI NO

En caso afirmativo, especifique: _____

D5. ¿Fue fácil para usted entender las preguntas contenidas en este cuestionario?

SI NO

En caso negativo, especifique cuáles preguntas no le fueron fáciles de entender:

¿Alguna otra información que usted desee proporcionar? SI NO

NOTAS/OBSERVACIONES:

¡GRACIAS POR SU VALIOSA COLABORACION!