



Departamento de Cirugía Ortopédica y Rehabilitación

Base de datos del hombro

IMPORTANTE - Complete todo el formulario. Si necesita ayuda para completar el formulario, estaremos encantados de ayudarle.

Fecha: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección _____ N.º de historia clínica _____

Altura: _____ Peso: _____ Sexo: M _____ F _____ Edad: _____

Médico primario: _____

Dirección del médico primario: _____

Médico que deriva: _____

Dirección del médico que deriva: _____

Nombre del empleador: _____

Occupación: _____

Seguro médico: _____

ANTECEDENTES MÉDICOS

Hospitalizaciones/cirugías previas (*mencione el año y el motivo*)

_____ | _____

_____ | _____

_____ | _____

Problemas médicos: _____

Alergias/reacción: (incluya cualquier alergia a medicamentos o alimentos y describa la reacción)

Medicamentos que toma actualmente: (mencione el nombre y la dosis de todos los medicamentos, incluidos los de venta libre, antiácidos, laxantes, píldoras anticonceptivas y vitaminas)

REVISIÓN DE LOS SISTEMAS

¿Tiene actualmente o tuvo alguna vez las siguientes afecciones?

General:

Pérdida/aumento de peso sin causa aparente	No	Sí
Fiebres/escalofríos recurrentes/sin causa aparente	No	Sí

Cardiovascular:

Dolor torácico	No	Sí
Episodios de vértigo (mareos)	No	Sí
Frecuencia cardíaca irregular	No	Sí
Hipertensión arterial	No	Sí

Respiratorio:

Tos persistente	No	Sí
Falta de aliento	No	Sí
Sibilancia	No	Sí
Sangre en el esputo	No	Sí
Enfermedad pulmonar	No	Sí
Asma	No	Sí
Rinitis alérgica	No	Sí
Tuberculosis	No	Sí

Óseo:

Dolor	No	Sí
Inflamación en las articulaciones	No	Sí
Escoliosis	No	Sí
Problemas en la espalda/cuello	No	Sí

Neurológico:

Pérdida del conocimiento	No	Sí
--------------------------	----	----

Hematológico:

Aparición frecuente de hematomas	No	Sí
Coágulos sanguíneos	No	Sí

Inmunológico:

Infecciones recurrentes que requieren antibióticos	No	Sí
--	----	----

Psicológico:

Depresión/ansiedad	No	Sí
Trastornos del sueño	No	Sí

continuación

¿Tiene algún otro problema que debamos tener en cuenta? _____

Antecedentes familiares

Cardiopatía	No	Sí
Cáncer	No	Sí
Diabetes	No	Sí
Enfermedad renal	No	Sí
Artritis	No	Sí

Social History:

¿Fuma? No Sí
Si la respuesta es afirmativa,
¿cuántos cigarrillos fuma al día? _____
¿Bebe alcohol? No Sí
Si la respuesta es afirmativa, ¿cuántas
bebidas consume por semana? _____

PROBLEMA ACTUAL

¿Por qué problema consulta al médico hoy? _____

¿Cuándo mejora? _____ ¿Cuándo empeora? _____

¿El problema está vinculado con una lesión? Si la respuesta es afirmativa, explique. _____

_____ ¿Fecha de la lesión? _____

¿Se trata de una compensación legal por accidentes de trabajo? S / N

¿Tiene un(a) abogado(a)? S / N

¿Hay litigios involucrados (demanda)? S / N

¿Qué otro tratamiento ha recibido?

Quiropráctico S / N Fisioterapia S / N Cirugía S / N

¿Qué exámenes se ha realizado? Radiografías S / N IRM S / N EMG S / N TC S / N

EVALUACIÓN DEL HOMBRO

¿Siente dolor en el hombro? No Sí

¿Siente dolor en el hombro por la noche? No Sí

¿El hombro está en una posición cómoda cuando el brazo se encuentra en posición de reposo o junto al cuerpo? No Sí

¿El hombro le permite dormir cómodamente? No Sí

¿Puede alcanzar la parte baja de la espalda para meter la camisa con la mano dentro del pantalón? No Sí

¿Cuán intenso es el dolor que percibe hoy?

No siento nada de dolor —○—○—○—○—○—○—○—○—○— Dolor intenso

¿Toma algún analgésico (aspirina, Advil, Tylenol, etc.)? No Sí

¿Toma analgésicos narcóticos (codeína o más fuertes)? No Sí

En promedio, ¿cuántos comprimidos toma al día? _____ comprimidos

¿Puede colocar la mano detrás de la cabeza con el codo apuntando en línea recta hacia un lado? No Sí

¿Puede colocar una moneda en un estante al nivel del hombro sin flexionar el codo? No Sí

¿Puede levantar una libra (un recipiente lleno que equivale a una pinta) al nivel del hombro sin flexionar el codo? No Sí

¿Puede levantar ocho libras (un recipiente lleno que equivale a un galón) a la altura de la parte superior de la cabeza sin flexionar el codo? No Sí

¿Puede transportar 20 libras (una bolsa de papas) con la extremidad afectada, de ese lado del cuerpo? No Sí

¿Considera que puede lanzar una pelota de softball unas 10 yardas con la extremidad afectada, sin levantar el brazo por encima del hombro? No Sí

¿Considera que puede arrojar una pelota de softball unas 10 yardas con la extremidad afectada, levantando el brazo por encima del hombro? No Sí

¿Puede lavarse la parte posterior del hombro opuesto con la extremidad afectada? No Sí

¿El hombro le permite trabajar a tiempo completo en su empleo habitual? No Sí

¿Siente inestabilidad en el hombro (como si fuera a dislocarse)? No Sí

¿Cuán inestable está el hombro? Muy estable—○—○—○—○—○—○—○—○—○—Muy inestable

ENCIERRE CON UN CÍRCULO EL NÚMERO DEL RECUADRO QUE INDICA SU CAPACIDAD PARA REALIZAR LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES:

0 = imposible 1 = muy difícil 2 = relativamente difícil 3 = sin dificultad

Actividad	Brazo derecho				Brazo izquierdo			
Ponerse un abrigo	0	1	2	3	0	1	2	3
Dormir sobre el lado dolorido o afectado	0	1	2	3	0	1	2	3
Lavarse la espalda/abrocharse el sostén en la espalda	0	1	2	3	0	1	2	3
Manejarse en el baño	0	1	2	3	0	1	2	3
Peinarse el cabello	0	1	2	3	0	1	2	3
Alcanzar un estante alto	0	1	2	3	0	1	2	3
Levantar 10 libras por encima del hombro	0	1	2	3	0	1	2	3
Lanzar una pelota por encima del hombro	0	1	2	3	0	1	2	3
Hacer el trabajo habitual.								
Definir: _____	0	1	2	3	0	1	2	3
Practicar un deporte habitual.								
Definir: _____	0	1	2	3	0	1	2	3

DIAGRAMA

Marque las áreas en la siguiente imagen donde sienta las sensaciones descritas.

Utilice las marcas a continuación para indicar sensaciones

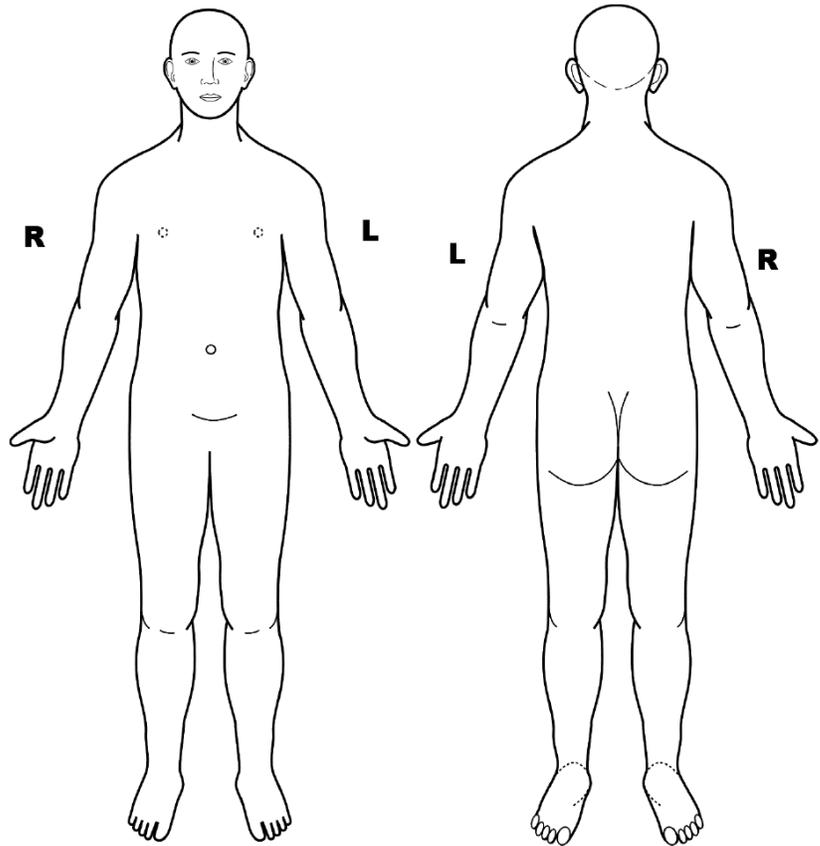
Dolor: **XXXXXXX**

Entumecimiento: **0000000**

Hormigueo (sensación de pinchazos): **+++++++**

Ardor: **BBBBBBB**

Punzada: **////////**



Esta información debe ser distribuida entre los pacientes individuales de Loyola Medicine. No está destinada al uso general del público, y no debe utilizarse para diagnosticar o tratar un problema de salud o enfermedad sin consultar a un profesional de la salud calificado.

Para obtener más información sobre algún tema de salud o sobre los servicios de Loyola, visite nuestro sitio web en www.loyolamedicine.org

A Member of Trinity Health

© 2019 Loyola University Health System. All Rights Reserved. • March 2019 • 20180913-01



**LOYOLA
MEDICINE**

2160 S. First Ave. ▪ Maywood, IL 60153
888-584-7888 ▪ loyolamedicine.org