



## 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*

<b>Actividad</b>	<b>Brazo derecho</b>				<b>Brazo izquierdo</b>			
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**

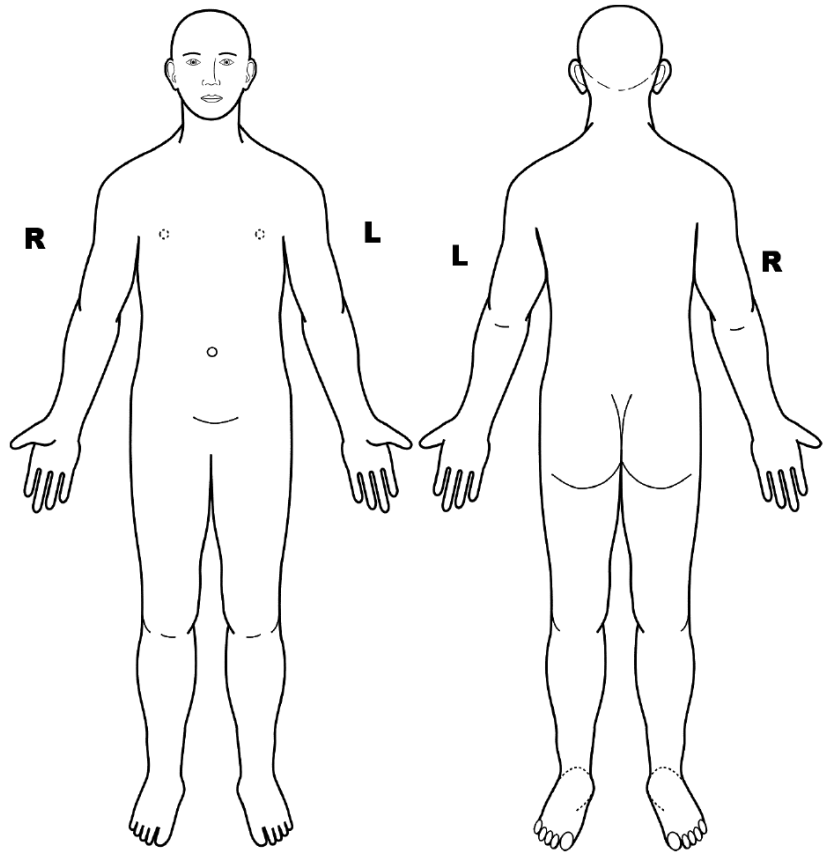
Dolor: **XXXXXXX**

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](http://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](http://loyolamedicine.org)**