

Datos del Paciente

DATOS PERSONALES

Nombre y Apellidos: _____

Correo electrónico: _____

Edad: _____

Dirección postal: _____

País: _____

Tel. particular: _____

Tel. Móvil: _____

Altura: _____

Peso: _____

Profesión: _____

Sex: Hombre Mujer

Usted es: Diestro

Zurdo

¿Qué es el problema principal por el que desea tratamiento?:

HÁBITOS DE CONSUMO: (Tome nota que esta información es estrictamente confidencial)

Alcohol: _____

Tobacco: _____

Drogas (cannabis, etc): _____

Homeopatía: _____

Otros: _____

¿Cómo se enteró de nosotros??:

Página web. ¿Cuál era?

Amigos

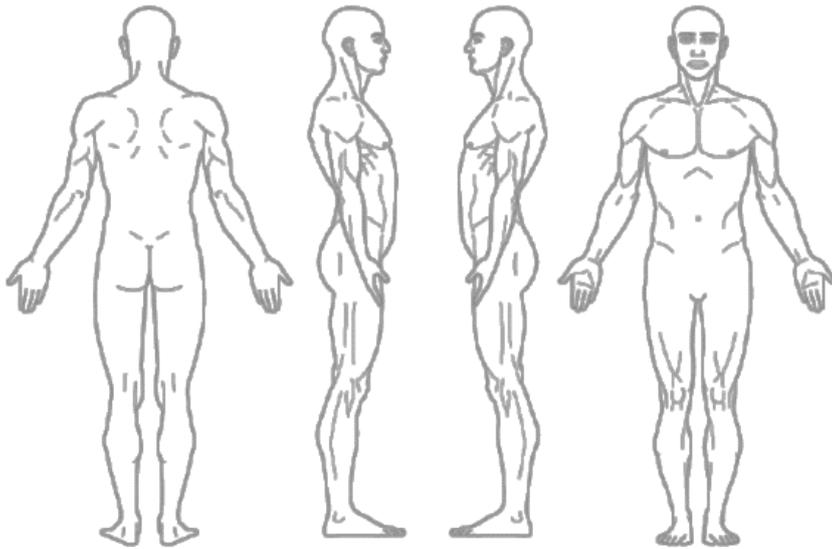
Doctor

Referencia

Otro

Historial del dolor lumbar/ cervical (accidentes, sucesos que han requerido visita al médico, tratamientos conservadores para el problema de la espalda/ cuello, etc.)

Usando los símbolos apropiados, marque en el diagrama del cuerpo donde siente las siguientes sensaciones:



LEYENDA:



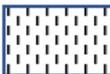
Falta de sensibilidad



Hormigueo



Debilidad



Quemazón



INSTITUTO CLAVEL

Relación con el trabajo

El esfuerzo físico realizado en el trabajo y el ocio juega un papel importante para el diagnóstico y la terapia ortopédica. Por lo tanto, su respuesta a este cuestionario nos ayudará a ayudarlo.

Qué es su profesión/ tipo de empleo? _____

Ha tenido que dejar de trabajar o cambiar de empleo debido a su condición? Sí No

En el caso de sí, cuándo? _____

Qué es su trabajo actual? _____

Qué tipo de jornada?: Jornada completa Jornada parcial Unas horas al día

- Su trabajo es físicamente estresante? Sí No
- El estrés es asociado a mantener una postura monótona? Sí No
- Su condición le hace difícil trabajar? Sí No

Relación con actividades de ocio

Se encuentra capaz de practicar deportes? Sí No

En caso de sí, qué tipo de deporte practica? _____

Practicaba deportes antes? Sí No

En caso de sí, qué tipo de deporte? _____

Encuesta

Para ayudarnos a comprender mejor su estado clínico, complete los siguientes elementos a lo largo de la escala proporcionada.

1. Por favor, marque de 0 a 10 la intensidad del dolor de **la parte inferior de la espalda** durante las 4 últimas semanas hasta fecha de hoy. **0** (*Sin dolor*) a **10** (*Dolor insoportable*)

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

2. Ahora, lo mismo para el **dolor de la ciática** durante las últimas 4 semanas hasta fecha de hoy. **0** (*sin dolor*) a **10** (*Dolor insoportable*)

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10



Índice de Discapacidad de Oswestry

Este cuestionario ha sido diseñado para brindarnos información sobre cómo su dolor de espalda ha afectado su capacidad de funcionar en la vida cotidiana. Por favor, responda a cada sección y marque en cada sección solo la respuesta que más se parezca a su caso en este momento. Sabemos que puede considerar que dos de las declaraciones en cualquier sección se relacionan con usted, pero marque solo una, la que describa su problema con mayor claridad.

Sección 1: Intensidad del dolor

- Puedo soportar el dolor sin necesidad de tomar calmantes.
- El dolor es fuerte pero me arreglo sin tomar calmantes.
- Los calmantes me alivian completamente el dolor.
- Los calmantes me alivian un poco el dolor.
- Los calmantes apenas me alivian el dolor.
- Los calmantes no me alivian el dolor y no los tomo.

Sección 3: Levantar peso

- Puedo levantar objetos pesados sin que me aumente el dolor.
- Puedo levantar objetos pesados pero me aumenta el dolor.
- El dolor me impide levantar objetos pesados del suelo, pero puedo hacerlo si están en un sitio cómodo (ej. en una mesa).
- El dolor me impide levantar objetos pesados, pero sí puedo levantar objetos ligeros o medianos si están en un sitio cómodo.
- Sólo puedo levantar objetos muy ligeros.
- No puedo levantar ni elevar ningún objeto.

Sección 5: Estar sentado

- Puedo estar sentado en cualquier tipo de silla todo el tiempo que quiera.
- Puedo estar sentado en mi silla favorita todo el tiempo que quiera.
- El dolor me impide estar sentado más de una hora.
- El dolor me impide estar sentado más de media hora.
- El dolor me impide estar sentado más de 10 minutos.
- El dolor me impide estar sentado.

Sección 2: Cuidados personales

- Me las puedo arreglar solo sin que me aumente el dolor.
- Me las puedo arreglar solo, pero esto me aumenta el dolor.
- Lavarme, vestirme, etc, me produce dolor y tengo que hacerlo despacio y con cuidado.
- Necesito alguna ayuda, pero consigo hacer la mayoría de las cosas yo solo.
- Necesito ayuda para hacer la mayoría de las cosas.
- No puedo vestirme, me cuesta lavarme y suelo quedarme en la cama.

Sección 4: Andar

- El dolor no me impide andar.
- El dolor me impide andar más de un kilómetro.
- El dolor me impide andar más de 500 metros.
- El dolor me impide andar más de 250 metros.
- Sólo puedo andar con bastón o muletas.
- Permanezco en la cama casi todo el tiempo y tengo que ir a rastras al baño.

Sección 6: Estar de pie

- Puedo estar de pie tanto tiempo como quiera sin que me aumente el dolor.
- Puedo estar de pie tanto tiempo como quiera pero me aumenta el dolor.
- El dolor me impide estar de pie más de una hora.
- El dolor me impide estar de pie más de media hora.
- El dolor me impide estar de pie más de 10 minutos.
- El dolor me impide estar de pie.



INSTITUTO CLAVEL

Índice de Discapacidad de Oswestry (cont.)

Sección 7: Dormir

- El dolor no me impide dormir bien.
- Sólo puedo dormir si tomo pastillas.
- Incluso tomando pastillas duermo menos de 6 horas.
- Incluso tomando pastillas duermo menos de 4 horas.
- Incluso tomando pastillas duermo menos de 2 horas.
- El dolor me impide totalmente dormir.

Sección 9: Vida social

- Mi vida social es normal y no me aumenta el dolor.
- Mi vida social es normal pero me aumenta el dolor.
- El dolor no tiene un efecto importante en mi vida social, pero sí impide mis actividades más enérgicas como bailar, etc.
- El dolor ha limitado mi vida social y no salgo tan a menudo.
- El dolor ha limitado mi vida social al hogar.
- No tengo vida social a causa del dolor.

Sección 8: Actividad sexual

- Mi actividad sexual es normal y no me aumenta el dolor.
- Mi actividad sexual es normal pero me aumenta el dolor.
- Mi actividad sexual es casi normal pero me aumenta mucho el dolor.
- Mi actividad sexual se ha visto muy limitada a causa del dolor.
- Mi actividad sexual es casi nula a causa del dolor.
- El dolor me impide todo tipo de actividad sexual.

Sección 10: Viajar

- Puedo viajar a cualquier sitio sin que me aumente el dolor.
- Puedo viajar a cualquier sitio, pero me aumenta el dolor.
- El dolor es fuerte pero aguanto viajes de hasta 2 horas.
- El dolor me limita a viajes de menos de una hora.
- El dolor me limita a viajes cortos y necesarios de menos de media hora.
- El dolor me impide viajar excepto para ir al médico o al hospital.

ACEPTO RECIBIR INFORMACIÓN COMERCIAL (NEWSLETTER): Sí [] No []

INFORMACIÓN SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

RESPONSABLE: BARCELONA SPINE CENTER, S.L.P. (B64778467), Plaza Alfons Comín, 5 (Clínica Quirón), 08023 de Barcelona - clavel@delegado-datos.com. **FINALIDADES:** Evaluar su caso, presentarle nuestra propuesta de servicios y hacer el seguimiento de la misma, lo que implica el tratamiento de datos de salud y relacionados con su histórica clínica. Si acepta, enviarle la newsletter informativa sobre nuestros servicios, productos y actividades o eventos, inclusive por medios electrónicos. **LEGITIMACIÓN:** Consentimiento del interesado al solicitarnos una evaluación de su caso clínico y un presupuesto de servicios y al consentir el envío de información sobre nuestra empresa. **CESIONES:** Sus datos personales no se cederán a terceros. **CONSERVACIÓN:** Durante la evaluación del caso y hasta la aceptación o no de la propuesta. En caso de haber aceptado el envío de información comercial: hasta que solicite la baja. **DERECHOS:** Puede retirar su consentimiento en todo momento, darse de baja de nuestros envíos y ejercer su derecho de acceso, rectificación, supresión y/o portabilidad de sus datos, así como la limitación y oposición a su tratamiento dirigiéndose a los datos del responsable o ante el Delegado de Protección de Datos nombrado al efecto (clavel@delegado-datos.com) aportando copia de su DNI e indicando el derecho que quiere ejercitar. En caso de divergencias, puede presentar una reclamación ante la Agencia de Protección de Datos (www.aepd.es).

-----MUCHAS GRACIAS-----