

# MEDISYS

---

## REHABILITATION, INC.

### CUESTIONARIO PARA ADULTOS

Este formulario ha sido completado por (marque uno):         Paciente     Otro

Si no ha sido completado por el paciente, por favor complete la siguiente información:

Completado por: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Teléfono:

Casa ( ) \_\_\_\_\_ Trabajo ( ) \_\_\_\_\_ Móvil ( ) \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

Nombre completo del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Dirección (calle, ciudad, estado, código postal): \_\_\_\_\_

Área metropolitana más cercana: \_\_\_\_\_ Distancia al área metropolitana más cercana: \_\_\_\_\_

Teléfono:

Casa ( ) \_\_\_\_\_ Trabajo ( ) \_\_\_\_\_ Móvil ( ) \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F

Educación (nivel): \_\_\_\_\_

Raza o grupo étnico: \_\_\_\_\_ Religión: \_\_\_\_\_

Ciudadanía: \_\_\_\_\_

Idioma principal: \_\_\_\_\_ Idioma secundario: \_\_\_\_\_

Mano usada para escribir (marque uno):     derecha     izquierda

Quién lo refirió para esta evaluación: \_\_\_\_\_

Cual es su entendimiento de la razón por la cual ha sido referido:  
\_\_\_\_\_

---

---

Problemas actuales/áreas de impedimento: \_\_\_\_\_

---

---

**I. ACTIVIDADES DIARIAS:**

Por favor describa un día típico para Ud., incluyendo cuando se levanta, lo que hace durante el día, cuando se va a dormir, etc.:

---

---

¿Qué limitaciones tiene, si es que tiene alguna, con respecto a las actividades de la vida diaria (por ejemplo al vestirse, con su cuidado personal, higiene, o uso del baño)?

---

---

¿Qué limitaciones tiene, si es que tiene alguna, con respecto a las tareas del hogar (por ejemplo lavar la ropa, trabajar en el jardín (yarda), cocinar, trabajo de reparaciones en su hogar, limpiar)?

---

---

¿Maneja un automóvil (coche, carro)?  Si  No

¿Puede manejar su dinero y llevar la contabilidad de sus cheques efectivamente?  Si  No

**II. HISTORIA INFANTIL:**

Ud. nació:  A tiempo  Prematuro  Tarde

Su peso al nacer: \_\_\_\_\_ libras                      \_\_\_\_\_ onzas

¿Hubo algún problema asociado con su nacimiento (por ejemplo falta de oxígeno, posición de parto inusual, etc.) o en el período inmediatamente posterior (por ejemplo necesitar oxígeno, uso de equipos especiales, convulsiones, enfermedades, etc.)?     Si     No

Si su respuesta es si, por favor describa:

---

---

Marque todo lo que aplique con respecto a su madre cuando estaba embarazada con usted:

- Accidente     Problemas psicológicos
- Uso de alcohol     Uso de drogas (mariguana, anfetaminas, cocaína LSD, etc.)
- Fumar cigarrillos     Mala nutrición
- Enfermedades (toxemia, diabetes, presión sanguínea alta, infección, incompatibilidad de factor sanguíneo, etc.)
- Otros Problemas: \_\_\_\_\_

Liste todos los medicamentos (con o sin receta) que su madre tomo durante el embarazo:

---

---

¿Durante su embarazo, vivía su madre cerca de un área contaminada (por ejemplo un basurero de desechos tóxicos) u otras áreas de riesgo (planta nuclear, área industrial, zona rociada con pesticidas, etc.)?     Si     No

Si su respuesta es si, por favor describa: \_\_\_\_\_

---

---

Califique el progreso de su desarrollo infantil como le ha sido reportado, marcando una descripción en cada área:

	<u>Temprano</u>	<u>Promedio</u>	<u>Tardo</u>
Caminar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hablar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entrenamiento para usar el inodoro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Desarrollo en general

]

]

]

Como niño, tuve alguna de estas condiciones (marque todas las que apliquen):

] Problemas de atención

] Golpe en la cabeza

] Rigidez o debilidad muscular

] Torpeza

] Problemas de audición

] Problemas de lenguaje

] Infecciones de oído frecuentes

] Impedimentos de aprendizaje

] Otros problemas: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez lo evaluaron por impedimentos de desarrollo (por ejemplo parálisis cerebral, impedimentos de aprendizaje específico, autismo, etc.)?

] Si     ] No

### III. HISTORIA MÉDICA:

Marque todas las condiciones con que lo han diagnosticado durante su vida. Agregue cualquier detalle útil debajo (por ejemplo edad al ser diagnosticado, tratamiento si fue proveído) si la condición fue grave.

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Alergias   | <input type="checkbox"/> Enfermedades respiratorias       |
| <input type="checkbox"/> Asma   | <input type="checkbox"/> Sarampión                        |
| <input type="checkbox"/> Infección o enfermedad cerebral                    | <input type="checkbox"/> Meningitis                       |
| <input type="checkbox"/> Cáncer/ quimioterapia                              | <input type="checkbox"/> Falta de oxígeno                 |
| <input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral                                 | <input type="checkbox"/> Neumonía                         |
| <input type="checkbox"/> Varicela   | <input type="checkbox"/> Intoxicación                     |
| <input type="checkbox"/> Resfriados (excesivos)                             | <input type="checkbox"/> Poliomiелitis                    |
| <input type="checkbox"/> Diabetes   | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática                 |
| <input type="checkbox"/> Encefalitis  | <input type="checkbox"/> Fiebre escarlatina               |
| <input type="checkbox"/> Fiebres (104 F o mas altas)                        | <input type="checkbox"/> Tuberculosis                     |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades o problemas cardíacos                 | <input type="checkbox"/> Enfermedades venéreas            |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades o problemas renales                   | <input type="checkbox"/> Tos ferina                       |
| <input type="checkbox"/> SIDA o VIH +                                       | <input type="checkbox"/> Enfermedades del hígado          |
| <input type="checkbox"/> Arteriosclerosis (enfermedad arterial)             | <input type="checkbox"/> Deficiencia nutricional          |
| <input type="checkbox"/> Artritis   | <input type="checkbox"/> Mal de Parkinson                 |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad sanguínea                               | <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple              |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia  | <input type="checkbox"/> Problemas psiquiátricos          |
| <input type="checkbox"/> Contacto con sustancias de alto riesgo             | <input type="checkbox"/> Problemas del pulmón             |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Huntington                           | <input type="checkbox"/> Terapia o contacto con radiación |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión                                       | <input type="checkbox"/> Senilidad                        |
| <input type="checkbox"/> Derrame cerebral o<br>ataque isquémico transitorio | <input type="checkbox"/> Enfermedad tiroideo              |
| <input type="checkbox"/> Otra enfermedad/impedimento: _____                 |   |

Detalles:

---

---

De niño, ¿fue expuesto a cantidades excesivas de plomo (por ejemplo comer cáscaras de pintura, vivir cerca de lugares con alta concentración de emisión de tubos de escape)?  Si  No

Si su respuesta es si, por favor explique:

---

Historia quirúrgica:

---

---

---

Historia de enfermedades que requirieron hospitalización:

<u>Enfermedad</u>	<u>Frecuencia total de episodios</u>	<u>Frecuencia total de hospitalizaciones requeridas</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Historia de enfermedades que requirieron intervención médica pero NO hospitalización:

<u>Enfermedad</u>	<u>Frecuencia total de episodios</u>	<u>Tipo de intervención</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

¿Alguna vez ha sufrido una lesión grave en la cabeza? [ ] Si [ ] No

Si su respuesta es si, describa: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Cómo describiría la nutrición en su niñez y adolescencia?  
[ ] Excelente [ ] Promedio [ ] Pobre

Indique los medicamentos, si es que tomaba alguno, que tomaba con frecuencia durante su niñez:

- a. \_\_\_\_\_ b. \_\_\_\_\_  
c. \_\_\_\_\_ d. \_\_\_\_\_

## Diagnósticos

Por favor trace un círculo alrededor de los exámenes diagnósticos que ha tenido recientemente. En todos los casos que trazó un círculo, indique resultados anormales si es que hubo.

Rayos X	Imágenes por resonancia magnética O tomografía computarizada	Electroencefalograma
Ultrasonido	Culturas o cultivos bacterianos	Estudios de deglución o de tragar
Densidad ósea	Exámen gastrointestinal	Perfil químico múltiple
Angiografía	Punción lumbar	Tomografía por emisión de positrones
Exámen neurológico de consultorio	Electrocardiograma	Análisis urodinámico
Análisis de orina	Otras pruebas (describa)	

Tipo de examen:

Fecha:

Resultados:

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Identifique al doctor que tiene la mayor familiar con sus problemas recientes:

Nombre del doctor: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha de su último examen médico: \_\_\_\_\_

Resultados del examen: \_\_\_\_\_

¿Cuándo es su próxima cita con el doctor?:  
\_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia lo ve el doctor para hacerle un seguimiento de su condición?: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Tiene alguna cirugía planeada?     Si     No

Si su respuesta es si, por favor describa: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Tiene epilepsia o una enfermedad convulsiva?     Si     No

Si su respuesta es si, por favor marque la diagnosis que le corresponda:

Parcial

- Parcial simple (Jacksoniana)
- Parcial compleja (Psicomotor)
- Parcial evolucionando a generalizada
- Tipo no clasificado
- No se que tipo

Generalizada

- Crisis de ausencia (crisis del pequeño mal)
- Crisis del haut mal

Por favor descríbala:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**IV. HISTORIA DE LA FAMILIA:**

Las siguientes preguntas se refieren solamente a sus padres y hermanos de sangre:

Madre:

¿Cuál es el nombre de su madre (incluya el nombre de soltera)?:

\_\_\_\_\_

¿Se encuentra con vida? [ ] Si [ ] No

Si su respuesta es No, ¿cuál fue la causa de su muerte y a que edad falleció?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Su edad cuando falleció su madre? \_\_\_\_\_

Ocupación de su madre: \_\_\_\_\_

Nivel de educación de su madre: \_\_\_\_\_

Hobbies de su madre: \_\_\_\_\_

¿Tiene su madre, o se sospecha que tiene, algún impedimento de aprendizaje? [ ] Si [ ] No

Si su respuesta es si, por favor describa: \_\_\_\_\_

Brevemente describa la historia de salud de su madre: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Padre:

¿Cuál es el nombre de su padre? \_\_\_\_\_

¿Se encuentra con vida? [ ] Si [ ] No

Si su respuesta es No, ¿cuál fue la causa de su muerte y a que edad falleció?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Su edad cuando falleció su padre? \_\_\_\_\_

Ocupación de su padre: \_\_\_\_\_

Nivel de educación de su padre: \_\_\_\_\_

Hobbies de su padre: \_\_\_\_\_

¿Tiene su padre, o se sospecha que tiene, algún impedimento de aprendizaje?  Si  No

Si su respuesta es si, por favor describa: \_\_\_\_\_

Brevemente describa la historia de salud de su padre: \_\_\_\_\_

Familia:

Cuando Ud. nació, ¿Cuál era la edad de: su madre? \_\_\_\_\_ su padre? \_\_\_\_\_

¿Cuántos hermanos y hermanas tiene Ud.? \_\_\_\_\_ Edades: \_\_\_\_\_

¿Cuál es su puesto en el orden de nacimiento de los hermanos/as?

¿Hay algún problema inusual (físico, académico, psicológico) asociado con alguno de sus hermanos o hermanas?  Si  No

Si su respuesta es si, por favor explique: \_\_\_\_\_

¿Quién lo crió?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Padres biológicos                  | <input type="checkbox"/> Parientes                                 |
| <input type="checkbox"/> Padres biológicos más otra persona | <input type="checkbox"/> Padres en un hogar adoptivo (foster home) |
| <input type="checkbox"/> Padres adoptivos                   | <input type="checkbox"/> Instituto u orfanato                      |
| <input type="checkbox"/> Otros: ¿Quién o quiénes? _____     |  |

¿Qué idioma(s) se hablaba(n) en su hogar cuando Ud. era niño?

\_\_\_\_\_  
Idioma principal

\_\_\_\_\_  
Idioma secundario

**Por favor marque todos los problemas presentes o pasados de sus parientes biológicos cercanos (padres, hermanos/as, abuelos, tíos/as), indique quien era y describa el problema marcado:**

<u>Problema físico (excluyendo al cerebro)</u>	<u>Quién</u>	<u>Describe</u>
[ ] Epilepsia o convulsiones	_____	_____
[ ] Impedimento de aprendizaje	_____	_____
[ ] Zurdera	_____	_____
[ ] Retraso mental	_____	_____
[ ] Problemas cardíacos	_____	_____
[ ] Hipertensión	_____	_____
[ ] Cáncer	_____	_____
[ ] Otros: _____	_____	_____

<u>Enfermedades neurológicas (del cerebro):</u>	<u>Quién</u>	<u>Describe</u>
[ ] Derrame cerebral o embolia	_____	_____
[ ] Enfermedad de Alzheimers o senilidad	_____	_____
[ ] Enfermedad de Huntington	_____	_____
[ ] Esclerosis múltiple	_____	_____
[ ] Mal de Parkinson	_____	_____
[ ] Tumor en el cerebro	_____	_____
[ ] Distrofia muscular	_____	_____
[ ] Otros: _____	_____	_____

<u>Enfermedades psiquiátricas:</u>	<u>Quien</u>	<u>Describe</u>
[ ] Alcoholismo/ drogodependencia	_____	_____
[ ] Trastorno bipolar (Manía depresiva)	_____	_____
[ ] Depresión	_____	_____
[ ] Trastorno de personalidad	_____	_____
[ ] Esquizofrenia	_____	_____
[ ] Otra enfermedad psiquiátrica	_____	_____
[ ] Trastorno del habla o del lenguaje	_____	_____
[ ] Otra enfermedad o trastorno	_____	_____

**V. HISTORIA PSICOSOCIAL:**

Estado civil:            [ ] Casado            [ ] Soltero            [ ] Divorciado  
                                  [ ] Separado            [ ] Viudo

Años de matrimonio con su marido/mujer: \_\_\_\_\_

Número de veces que se ha casado: \_\_\_\_\_

Nombre de su marido/mujer: \_\_\_\_\_

Ocupación de su marido/mujer: \_\_\_\_\_

Salud de su marido/mujer:    [ ] excelente    [ ] buena    [ ] mala

¿No está casado pero si viviendo en pareja con alguien?: [ ] Si    [ ] No  
 Si su respuesta es si, ¿Cuál es la edad de su pareja?: \_\_\_\_\_

Su salud:    [ ] excelente    [ ] buena    [ ] mala

Su ocupación: \_\_\_\_\_

¿Tiene hijos/as?:    [ ] Si    [ ] No

Si su respuesta es si, por favor liste nombre(s), edad(s), y sexo(s):

\_\_\_\_\_

¿Con quién vive actualmente? (liste) \_\_\_\_\_

Vive en una  Casa  Departamento  Hotel  Otro: \_\_\_\_\_

Describe su hogar: \_\_\_\_\_

Describe barreras arquitectónicas, si es que las hay: \_\_\_\_\_

Ubicación:  Rural  Urbana  Suburbana

Que tan lejos se encuentra de su trabajo anterior (si aplica)? \_\_\_\_\_

¿Cuál es su mejor atributo o característica (por ejemplo amigable, trabajador, etc.)?

\_\_\_\_\_

¿Cuál es su peor atributo o característica (por ejemplo testarudo, malhumorado)?

\_\_\_\_\_

Describe cualquier organización a la que pertenecía, actividad de voluntario/a, hobbies, intereses de lectura, u otras actividades que realizaba en su tiempo libre antes del accidente/lesión:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Describe cualquier organización a la que pertenecía, actividad de voluntario/a, hobbies, intereses de lectura, u otras actividades que realiza actualmente:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Estado financiero:**

Ingresos:

Salario \$ \_\_\_\_\_ /mes

Familia \$ \_\_\_\_\_ /mes

W.C. \$ \_\_\_\_\_ /mes

V.A. \$ \_\_\_\_\_ /mes

Seguridad Social. \$ \_\_\_\_\_ /mes

Pensión \$ \_\_\_\_\_ /mes

Otros \$ \_\_\_\_\_ /mes

**Ingreso total** \$ \_\_\_\_\_ /mes

Gastos:

Renta/ hipoteca \$ \_\_\_\_\_ /mes

Comida \$ \_\_\_\_\_ /mes

Vehículo \$ \_\_\_\_\_ /mes

Cuentas \$ \_\_\_\_\_ /mes

Gastos médicos \$ \_\_\_\_\_ /mes

Seguro \$ \_\_\_\_\_ /mes

Gastos personales \$ \_\_\_\_\_ /mes

Misceláneos \$ \_\_\_\_\_ /mes

**Gasto total** \$ \_\_\_\_\_ /mes

¿Le alcanza el dinero? \_\_\_\_\_

¿Ud. recibe (o ha recibido) cualquier servicio financiado por el estado (por ejemplo rehabilitación vocacional del estado, o servicios de empleo) o recibe (o ha recibido) fondos provenientes de caridad? Si su respuesta es si, describa:

---

---

**Síntomas y servicios psicológicos/psiquiátricos:**

¿Alguna vez ha estado bajo el cuidado de un psiquiatra, psicólogo, o consejero? [ ] Si [ ] No

Si su respuesta es si, ¿Por qué motivo fue visto por uno de estos profesionales? \_\_\_\_\_

---

Si su respuesta es si, indique el nombre del doctor o terapeuta: \_\_\_\_\_

¿Por cuánto tiempo vio al doctor o terapeuta? \_\_\_\_\_

¿Esta actualmente en terapia? [ ] Si [ ] No

¿Siente que el tratamiento le fue (o le es) de ayuda? [ ] Si [ ] No

Si su respuesta es no, ¿Por qué? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha pensado en suicidarse? [ ] Si [ ] No

Si su respuesta es si, ¿Cuándo fue la última vez que lo pensó?

\_\_\_\_\_

¿Ha tenido una evaluación psicológica o neuropsicológica previa? [ ] Si [ ] No

Si su respuesta es si, complete la siguiente información:

Nombre del psicólogo: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Numero telefónico: \_\_\_\_\_

**VI. LEGAL:**

¿Alguna vez lo han arrestado? [ ] Si [ ] No

Si su respuesta es si, por favor explique:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Alguna vez fue encontrado culpable, o se admitió culpable, de un crimen frente a un tribunal legal? [ ] Si [ ] No

Si su respuesta es si, por favor explique:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Alguna vez estuvo en la cárcel o bajo probación (suspensión del juicio a prueba)? [ ] Si [ ] No

Si su respuesta es si, por favor explique:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Alguna vez lo han demandado? [ ] Si [ ] No

Si su respuesta es si, por favor explique:

\_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha demandado a alguien?  Si  No

Si su respuesta es si, por favor explique:

---

**VII. HISTORIA EDUCACIONAL:**

Numero de años completados de educación formal: \_\_\_\_\_

Recibió un:  Diploma  Diploma de Equivalencia de estudios secundarios (G.E.D.).  
 Ninguno de los dos

Si recibió un diploma, por favor indique el título (por ejemplo licenciado, doctor, abogado, profesor o R.S., H.S., B.A., M.A., J.D., M.D., Ph.D.): \_\_\_\_\_

¿Dónde atendió a la escuela (USA, México, etc.)? \_\_\_\_\_

¿Como describiría su rendimiento como estudiante en términos de calificaciones?

A & B (100-80)  B & C (80-70)  C & D (70-60)  D & F (60-50)

Por favor escriba cualquier otro comentario útil o apropiado sobre su rendimiento académico:

---

¿Cuál era su mejor materia(s)?: \_\_\_\_\_ Calificación(es):  
\_\_\_\_\_

¿Cuál era su peor materia(s)?: \_\_\_\_\_ Calificación(es):  
\_\_\_\_\_

¿Alguna vez lo retrasaron o le hicieron repetir un grado o año?  Si  No

¿Alguna vez estuvo en clases especiales o recibió servicios de educación especial?

Si  No

Si su respuesta es si, ¿En que grado u año? \_\_\_\_\_ o edad? \_\_\_\_\_

¿Qué tipo de clase? \_\_\_\_\_

Si realizó cursos universitarios, ¿En qué universidad?  
\_\_\_\_\_

¿Cuál era su carrera? \_\_\_\_\_

**VIII. HISTORIA LABORAL:**

¿Está empleado actualmente? [ ] Si [ ] No  
Si su respuesta es No, ¿Se ha tomado licencia médica? [ ] Si [ ] No

¿Lo han dado de alta para regresar al trabajo? \_\_\_\_\_

Posición actual en su trabajo: \_\_\_\_\_

Posición de su trabajo más reciente:  
\_\_\_\_\_

Salario: [ ] Menos de \$10,000 [ ] \$10,000 - \$29,999  
[ ] \$30,000 - \$50,000 [ ] Mas de \$50,000

¿Cuánto tiempo ha (o había) estado empleado en ese trabajo? \_\_\_\_\_

Por favor describa sus responsabilidades: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Por favor liste todos los trabajos que ha tenido en el pasado: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Con respecto a todos los trabajos que ha tenido en los últimos 5 años, complete lo siguiente:

<u>Compañía</u>	<u>Posición</u>	<u>Salario</u>	<u>Años empleado</u>	<u>Fechas de servicio</u>
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

¿Ha pertenecido a las fuerzas militares? [ ] Si [ ] No

Si su respuesta es si, por favor indique la rama, fechas de servicio, razón por la cual termino su servicio, cualquier categorización por impedimento, rango, deberes y tipo de entrenamiento:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Estuvo en su trabajo expuesto a sustancias tóxicas, peligrosas, nocivas, o cualquier otra sustancia inusual (por ejemplo plomo, mercurio, radiación, solventes pesticidas, químicos, etc.)?

Si  No

Si su respuesta es si, por favor explique: \_\_\_\_\_

¿Cuál fue el puesto de trabajo más alto que logró alcanzar? \_\_\_\_\_

¿Cuál fue su trabajo favorito? \_\_\_\_\_

Describa el trabajo ideal para usted en el futuro: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha presentado una solicitud por compensación de trabajo (worker's comp.)?

Si  No

Si su respuesta es si, por favor explique: \_\_\_\_\_

¿Tiene habilidades o experiencia en las siguientes áreas?:

	Si	No	Cuanto		Si	No	Cuanto
Máquinas de oficina				Máquinas de granja/ finca			
Equipo de construcción				Herramientas manuales			
Equipo de transporte				Maquinas o herramientas de taller			
Contabilidad				Control de Inventario			
Embarque/descarga				Planificación de horarios			
Supervisión				Instrucción			

¿Tiene alguna licencia especial o certificado?  Si  No

Si su respuesta es si, por favor liste todos los tipos: \_\_\_\_\_

¿Tiene conocimiento de manejo de herramientas o equipos especiales?  Si  No

Si su respuesta es si, por favor liste todos los tipos: \_\_\_\_\_

---

**IX. HISTORIA DE USO DE DROGAS O ALCOHOL:**

Alcohol:

Yo bebo alcohol:  raramente o casi nunca  1 - 2 días por semana  
 3 - 5 días por semana  a diario  
 solía beber pero deje de tomar el (fecha):

Empecé a beber regularmente cuando tenía:  menos de 10 años  entre 19 y 21 años  
 entre 10 y 15 años  más de 21 años  
 entre 16 y 18 años

Tipo de bebida(s) preferida(s): \_\_\_\_\_

Cantidad de tragos que generalmente tomo en cada ocasión: \_\_\_\_\_

Bebí mi último trago:

hace menos de 24 horas  de 24 a 48 horas atrás  hace más de 48 horas

Marque todo lo que corresponda:

- Puedo beber más de lo que la gente de mi edad y edad beben antes de emborracharme
- A veces me meto en problemas (por ejemplo peleas, problemas legales, problemas de trabajo, conflictos con mi familia, accidentes) después de beber.
- A veces pierdo la conciencia cuando tomo.
- He tenido síntomas de abstinencia del alcohol.

¿Tiene usted una historia de alcoholismo en su familia?  Si  No

Si su respuesta es si, por favor indique el parentesco: \_\_\_\_\_

---

---

Drogas:

Por favor marque todas las drogas que esta tomando o que tomo en el pasado:

	<u>Usando actualmente</u>	<u>Usada en el pasado</u>	<u>Fecha</u>
[ ] Anfetaminas (incluyendo píldoras de dieta)	[ ]	[ ]	_____
[ ] Barbitúricos (depresivos)	[ ]	[ ]	_____
[ ] Cocaína o crack	[ ]	[ ]	_____
[ ] Alucinógenos/ LSD	[ ]	[ ]	_____
[ ] Inhalantes (goma, solvente, aerosol, etc.)	[ ]	[ ]	_____
[ ] Marihuana	[ ]	[ ]	_____
[ ] Narcóticos	[ ]	[ ]	_____
[ ] PCP (polvo de ángel)	[ ]	[ ]	_____
[ ] Otras drogas: _____	[ ]	[ ]	_____

¿Se considera Ud. dependiente de cualquier de las sustancias que marcó arriba? [ ] Si [ ] No

Si su respuesta es si, ¿Cuál de ellas? \_\_\_\_\_

¿Se considera Ud. dependiente de alguna droga recetada? [ ] Si [ ] No

Si su respuesta es si, ¿Cuál de ellas? \_\_\_\_\_

Marque lo que aplique a su caso:

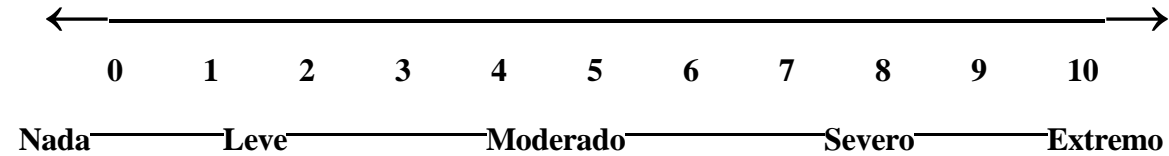
- [ ] He tenido síndrome de abstinencia de drogas
- [ ] He usado drogas intravenosas (inyectadas con jeringa)
- [ ] He estado en un tratamiento de rehabilitación de drogas

¿Hay en su familia casos de drogodependencia? [ ] Si [ ] No

Si su respuesta es si, por favor indique el parentesco: \_\_\_\_\_

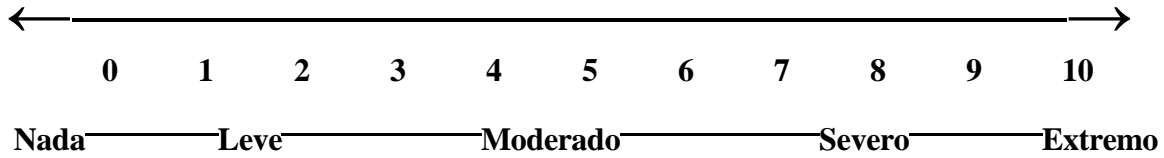
**X. CUESTIONARIO DE SÍNTOMAS:**

Debajo hay una lista de los síntomas que puede o no estar sintiendo. Si tiene un síntoma, determine la severidad en una escala de 1 a 10 (**1 = mínima, 10 = extrema**), e indique si el síntoma es actual (**relacionado con una lesión o accidente en los últimos 12 meses**) o previo (**existente antes de la lesión o accidente**). Puede tener síntomas que han variado a través del tiempo y/o existían antes del accidente. Si es así, indique la severidad de los dos casos (antes y después del accidente) Esto nos ayuda a entender cómo sus síntomas han cambiado a través del tiempo. Recuerde, solo indique la severidad de los síntomas que Ud. tenga. **Si Ud. no tiene ese síntoma, deje el casillero vacío.**



Habilidad para solucionar problemas:

<b>Actual</b>	<b>Antes de la lesión/accidente</b>	
_____	_____	Dificultad para entender como hacer cosas nuevas
_____	_____	Dificultad para planificar a futuro
_____	_____	Dificultad para resolver problemas que la mayoría de gente puede
_____	_____	Dificultad para pensar con la rapidez requerida
_____	_____	Dificultad para hacer cosas en el orden correcto (problemas de secuencia)
_____	_____	Dificultad para describir verbalmente los pasos requeridos para completar una tarea
_____	_____	Dificultad para alterar un plan o actividad en una cantidad de tiempo razonable
_____	_____	Dificultad para hacer más de una cosa a la vez
_____	_____	Dificultad para cambiar de una actividad a otra
_____	_____	Se frustra fácilmente
		Otros problemas para solucionar dificultades:
_____	_____	_____
_____	_____	_____

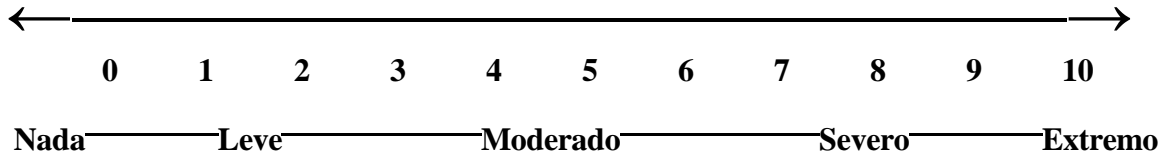


Habla, lenguaje y habilidad académica:

Actual	Antes de la lesión/accidente	
_____	_____	Dificultad para hallar la palabra adecuada al expresarse
_____	_____	Dificultad para entender lo que otros le dicen
_____	_____	Inhabilidad para hablar
_____	_____	Dificultad para mantener una idea fija
_____	_____	Dificultad para escribir letras o palabras (no debido a problemas motores)
_____	_____	Balbucear al hablar
_____	_____	Sonidos inusuales o extraños al hablar
_____	_____	Dificultad con las matemáticas (por ejemplo con la contabilidad de su chequera, calculando el cambio correcto, etc.)
_____	_____	Dificultad para entender lo que leo
_____	_____	Dificultad para deletrear
_____	_____	Dificultades para seguir direcciones o instrucciones
_____	_____	Otros problemas del habla, lenguaje o académicos:
_____	_____	_____

Concentración y vigilancia:

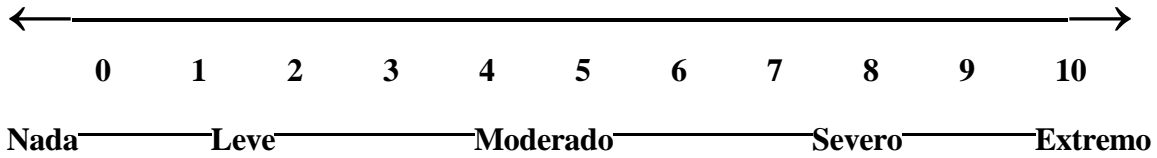
Actual	Antes de la lesión/accidente	
_____	_____	Muy distraído
_____	_____	Perder el hilo de sus pensamientos
_____	_____	Problemas con la concentración
_____	_____	Confundirse o desorientarse fácilmente
_____	_____	Desmayos
_____	_____	La mente en blanco
_____	_____	No sentirse muy alerta o conciente de lo que sucede a su alrededor
_____	_____	Otros problemas de concentración o vigilancia:
_____	_____	_____



Memoria:

**Actual    Antes de la lesión/accidente**

- |                          |                          |   |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Olvidarse donde deja las cosas (por ejemplo sus llaves, guantes, etc.)            |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Olvidarse los nombres de las personas   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Olvidarse de lo que debería estar haciendo  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas orientándose en lugares donde había estado antes                        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Olvidarse de quien es y/o adonde va   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | No tener conciencia del tiempo (hora del día, estación, año)                      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Olvidarse la hora del día   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Olvidarse eventos que sucedieron recientemente (por ejemplo su última comida)     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Olvidarse eventos que sucedieron hace mucho tiempo (meses o años)                 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Necesitar que alguien le de una pista para poder acordarse de las cosas           |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Depender de apuntes con más frecuencia para recordar las cosas                    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Olvidarse del orden en que se hacen ciertas tareas (por ejemplo al cocinar, etc.) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Olvidarse de hechos, pero recordar como se hacen ciertas tareas                   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Olvidarse de como se hacen ciertas tareas, pero recordar hechos                   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Olvidarse la cara de gente que conoce (cuando no están presentes)                 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Olvidarse de sus citas con frecuencia   |
|                          |                          | Otros problemas de memoria:   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____   |



Coordinación y movimiento motor:

**Actual    Antes de la lesión/accidente**

- |                          |                          |   |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dificultades haciéndole cosas que debería poder realizar automáticamente (lavarse los dientes, peinarse el cabello, etc.) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas dibujando o copiando  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dificultad para vestirse  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Decaer en su habilidad musical  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Escritura muy pequeña   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Escritura muy grande  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Reaccionar con lentitud   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Caminar más lentamente que otras personas   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas de equilibrio   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dificultad para iniciar un movimiento   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Golpearse frecuentemente con objetos al moverse   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Otros problemas de coordinación o movimiento motor:   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____   |



0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nada Leve Moderado Severo Extremo

Coordinación y movimiento motor (continuado):

<b>Actual</b>	<b>Antes de la lesión/accidente</b>	<b>Marque el lado :</b>	<b><u>Derecho</u></b>	<b><u>Izq.</u></b>	<b><u>Ambos</u></b>
_____	_____	Problemas controlando el movimiento motor fino (por ejemplo al usar un lápiz, llave, etc.)	[ ]	[ ]	[ ]
_____	_____	Debilidad o parálisis en un lado del cuerpo	[ ]	[ ]	[ ]
_____	_____	Dificultad sosteniendo o asiendo objetos	[ ]	[ ]	[ ]
_____	_____	Temblor	[ ]	[ ]	[ ]
_____	_____	Tics musculares o movimientos extraños	[ ]	[ ]	[ ]
_____	_____	Espasmo muscular	[ ]	[ ]	[ ]
_____	_____	Sensación de rigidez	[ ]	[ ]	[ ]
_____	_____	Tirones en los músculos	[ ]	[ ]	[ ]
_____	_____	Músculos se cansan rápido	[ ]	[ ]	[ ]
_____	_____	Se le caen los objetos de la mano o tiene dificultades usando herramientas	[ ]	[ ]	[ ]
_____	_____	Otros: _____	[ ]	[ ]	[ ]

Sensorio:

<b>Actual</b>	<b>Antes de la lesión/accidente</b>	
_____	_____	Pérdida del sentido del gusto, mal sabor en la boca
_____	_____	Pérdida del sentido del olfato
_____	_____	Dificultad para diferenciar la derecha de la izquierda
_____	_____	Dificultad al mover la mirada rápidamente de un objeto a otro
_____	_____	Dificultad para reconocer lugares u objetos
_____	_____	Necesitar entrecerrar los ojos u acercarse para ver mejor
_____	_____	Visión doble
_____	_____	Ver cosas inusuales



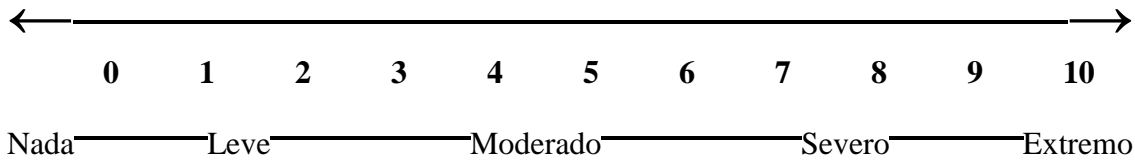
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nada Leve Moderado Severo Extremo

Sensorio (continuado):

- \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ Visión borrosa
- \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ Manchas blancas en su visión
- \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ Períodos cortos de ceguera
- \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ Ver “estrellas” o destellos de luz
- \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ Pérdida de visión

<b>Actual</b>	<b>Antes de la lesión/accidente</b>	<b>Marque el lado :</b>	<b><u>Derecho</u></b>	<b><u>Izq.</u></b>	<b><u>Ambos</u></b>
_____	_____	Pérdida del sentido del tacto o adormecimiento	[ ]	[ ]	[ ]
_____	_____	Cosquilleo o sensaciones extrañas en la piel	[ ]	[ ]	[ ]
_____	_____	Sensación de agujeta en la piel	[ ]	[ ]	[ ]
_____	_____	Dificultad diferenciando lo frío de lo caliente	[ ]	[ ]	[ ]
_____	_____	Pérdida de sensación	[ ]	[ ]	[ ]
_____	_____	Ardor en la piel	[ ]	[ ]	[ ]
_____	_____	Problemas de visión en un lado	[ ]	[ ]	[ ]
_____	_____	Sentir que partes de su cuerpo no le pertenecen o son foráneas	[ ]	[ ]	[ ]
_____	_____	Pérdida de audición	[ ]	[ ]	[ ]
_____	_____	Sordera	[ ]	[ ]	[ ]
_____	_____	Escuchar cosas inusuales	[ ]	[ ]	[ ]
_____	_____	Zumbido en los oídos o escuchar Sonidos extraños	[ ]	[ ]	[ ]
_____	_____	No tener conciencia de las cosas en un lado de su cuerpo	[ ]	[ ]	[ ]
_____	_____	Otro: _____	[ ]	[ ]	[ ]
_____	_____	_____	[ ]	[ ]	[ ]



Comportamiento:

**Actual    Antes de la lesión/accidente**

_____	_____	Tristeza o depresión
_____	_____	Ansiedad o nerviosismo
_____	_____	Estrés
_____	_____	Problemas relacionados con el sueño: [ ] dormirse    [ ] mantenerse dormido
_____	_____	Enojarse con mayor facilidad
_____	_____	Euforia (sentirse como si estuviera en la cima del mundo)
_____	_____	Mucho mas emocional (por ejemplo llorar más fácilmente)
_____	_____	Pérdida de interés
_____	_____	Cambio en actitud
_____	_____	Hacer cosas automáticamente (sin pensarlas)
_____	_____	Dificultad para ser espontáneo
_____	_____	Cambio en hábitos de alimentación: _____
_____	_____	Cambio en su interés por el sexo: _____
_____	_____	Otros cambios recientes en su comportamiento o personalidad: _____

¿Usa anteojos o lentes de contacto?    [ ] Si    [ ] No

Si su respuesta si, ¿Por qué motivo? \_\_\_\_\_



0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nada — Leve — Moderado — Severo — Extremo

Físico:

¿Tiene problemas con alguna de estas actividades? Si su respuesta es si, por favor califica la gravedad del problema del 1 al 10.

Actividad	Si	No	Gravedad	Actividad	Si	No	Gravedad
Sentir				Prensil			
Alcanzar				Hablar			
Ver				Escuchar			
Pararse				Sentarse			
Caminar				Trepar			
Agacharse				Equilibrarse			
Arrodillarse				Inclinarse			
Alzar				Respirar			
Manejar				Otro:			

¿Tiene problemas particulares en estos ambientes?:

	Si	No	Gravedad		Si	No	Gravedad
Adentro				Sucio o polvoriento			
Afuera				Ruidoso			
Calor				Alturas			
Frio				Vibraciones			
Húmedo o mojado				Condiciones tóxicas			

Tiene problemas con:

	Si	No	Gravedad		Si	No	Gravedad
Intestino				Nausea			
Urinar				Actividad sexual usual			
Dolores de cabeza				Funciones femeninas			
Vértigo				Cansancio excesivo			
Otro:				Otro			

Señales externas de su herida o lesión:

Movilidad:  Cojera  Rigidez o dureza  Postura  Otra

Aparato de asistencia protésico u ortopédico: \_\_\_\_\_

¿Problemas con el aparato de asistencia?

\_\_\_\_\_

¿Demuestra su dolor?:  Si  No

Si su respuesta es si, ¿Cuándo?  Al caminar  Al estar parado  Al estar sentado  
 cuando se levanta

Cicatrices visibles:  Si  No

Si su respuesta es si,

¿Dónde? \_\_\_\_\_

Mano dominante (si aplica):  Derecha  Izquierda

Altura: \_\_\_\_\_

Peso, antes de su lesión/accidente: \_\_\_\_\_

Peso actual: \_\_\_\_\_

En general, mis síntomas se han desarrollado:  lentamente  rápidamente

Mis síntomas ocurren:  ocasionalmente  seguido

En los últimos seis meses, mis síntomas han:  mejorado  mantenido igual  empeorado

En resumen:  definitivamente estoy mal o enfermo;  posiblemente estoy mal o enfermo  
 no estoy mal o enfermo

**COMENTARIOS:**