

CUESTIONARIO DIAGNÓSTICO

Este cuestionario confidencial pretende recoger una serie de datos que ayuden a diagnosticar la patología del paciente, con el objetivo de facilitar la citación del mismo. El paciente consiente y autoriza a que la empresa Unidad de Cirugía Artroscópica, S.L., con NIF B01170208, gestione dichos datos a efectos de citación. La empresa se compromete a tratar dichos datos en virtud de lo dictado por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Por favor, rellene todos los campos.

Nombre (Con 2 Apellidos):

Teléfono/s:

Correo electrónico:

Dirección:

CP/Población/Provincia:

DNI o Pasaporte:

Fecha Nacimiento (DD/MM/AAAA):

Particular o Nombre Compañía Aseguradora:

Altura y Peso:

Diestro, Zurzo o Ambidiestro:

Ocupación/Trabajo:

Doctor que le ha remitido a nosotros:

¿Dónde está su problema? (Marque lo que corresponda)

Hombro	Derecho	Izquierdo	Ambos
Rodilla	Derecho	Izquierdo	Ambos
Cadera	Derecho	Izquierdo	Ambos
Tobillo	Derecho	Izquierdo	Ambos
Codo	Derecho	Izquierdo	Ambos
Muñeca	Derecho	Izquierdo	Ambos
Otros (Indique Cuál)	Derecho	Izquierdo	Ambos

Síntomas (Marque lo que corresponda)

Dolor	Sí	No
Debilidad	Sí	No
Inestabilidad	Sí	No
Rigidez	Sí	No
Hinchazón	Sí	No
Otros (Indique Cuál)	Sí	No

¿Hubo lesión? En caso afirmativo, indicar fecha y breve descripción de cómo se produjo (deporte, trabajo, tráfico,...):

En caso de ser una lesión deportiva, indique el nivel (amateur, profesional,...):

¿Durante cuánto tiempo ha tenido síntomas?

Diagnóstico (si lo conoce):

¿Cómo de fuerte es el dolor? Escala desde 0 (no hay dolor) hasta 10 (dolor muy fuerte):

- En reposo:
- En el momento que más le duele:

¿Le duele por la noche? Sí / No

¿Le despierta el dolor? Sí / No

¿En qué situaciones le duele menos? Marque la/s que corresponda/n: sentado, tumbado, de pie, andando, bajando escaleras, subiendo escaleras, agachándose, levantándose de la cama.

¿En qué situaciones le duele más? Marque la/s que corresponda/n: sentado, tumbado, de pie, andando, bajando escaleras, subiendo escaleras, agachándose, levantándose de la cama.

Describa sus limitaciones actuales:

¿Tiene alguna prueba de imagen? Marque la que corresponda e indique fecha/s de la misma:

- Rayos X: Sí / No.
- Resonancia Magnética: Sí / No.
- Escáner: Sí / No.

¿Le han diagnosticado artrosis anteriormente? En caso afirmativo, indique la articulación y la fecha del diagnóstico.

¿Le han infiltrado la articulación alguna vez con Ácido Hialurónico, Corticoides y/o PRGF? En caso afirmativo, indicar el qué, en qué articulación y en qué fecha.

¿Toma medicación para el dolor? En caso afirmativo, marque la que corresponda: Aspirina, Paracetamol, Antiinflamatorios.

¿Toma alguna medicación específica para la artrosis? En caso afirmativo, marque la que corresponda: Glucosamina, Sulfato de Condroitina, Diacerina.

¿Padece alergia a alguna medicación?

¿Padece alguna enfermedad familiar?

¿Tiene (o ha tenido) algún problema de corazón?

¿Tiene gastritis/úlceras gástricas?

¿Es diabético?

¿Tiene problemas de hígado/hepatitis?

¿Tiene alguna enfermedad renal?

¿Tiene problemas de coagulación?

¿Tiene cáncer?

Tabaquismo. Marque la opción que corresponda: No fumador, Ex Fumador, Fumador.

Le agradecemos el tiempo dedicado a rellenar el presente cuestionario. Nos pondremos en contacto con usted a la mayor brevedad posible, en los teléfonos y/o correo electrónico indicados, para facilitarle una cita o remitirle a otro especialista.