

TERAPIA OCUPACIONAL DE LAS MANOS

Información/Datos de Admisión del Paciente

Nombre del Paciente: _____

Diagnóstico: _____

Doctor:

Dr. Gargasz

Dr. Miller

Fecha de la lesión: _____

¿Cómo ocurrió esta lesión? :

Fecha de la Cirugía: _____

Condición de Trabajo Actual: Trabajo Ligero Trabajo Moderado Trabajo Pesado No Trabaja

Retirado Trabaja con una sola mano Otro (Explique): _____

Ocupación Laboral (Trabajo): _____

Historia Médica anterior (Por favor marque todas las que apliquen): No problemas de salud anterior

- | | | |
|-----------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Problemas Renales |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Problemas Pulmonares |
| <input type="checkbox"/> Bipolar | <input type="checkbox"/> Problemas Cardiacos | <input type="checkbox"/> Insuficiencia Vascul Periférica |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Hipertensión Arterial | <input type="checkbox"/> Artritis Reumatoidea |
| <input type="checkbox"/> COPD | <input type="checkbox"/> Osteoartritis | <input type="checkbox"/> Problemas del Tiroides |

¿Ha tenido lesiones anteriores en las manos?: Si No Si la respuesta es afirmativa, por favor describa: ¿Qué tipo de lesión ha sufrido? _____ Mano Derecha Mano Izquierda Ambas Manos.

Historia Quirúrgica (Cirugías anteriores) (Por favor marque todas las que apliquen): No cirugías

- | | | | |
|--|--|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Angioplastia | <input type="checkbox"/> Histerectomía | <input type="checkbox"/> Biopsia de mama | <input type="checkbox"/> Codo |
| <input type="checkbox"/> Apendicetomía | <input type="checkbox"/> Cirugía del Cuello | <input type="checkbox"/> Derecha | <input type="checkbox"/> Derecha |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de la Espalda | <input type="checkbox"/> Cirugía Bucal | <input type="checkbox"/> Izquierda | <input type="checkbox"/> Izquierda |
| <input type="checkbox"/> Cirugía Estética | <input type="checkbox"/> Cirugía de Próstata | <input type="checkbox"/> Ambas | <input type="checkbox"/> Ambas |
| <input type="checkbox"/> Cesárea | <input type="checkbox"/> Cirugía Reconstructiva | <input type="checkbox"/> Túnel del Carpo | <input type="checkbox"/> Rodilla |
| <input type="checkbox"/> Endoscopia | <input type="checkbox"/> Colocación de un Stent (Vascular) | <input type="checkbox"/> Derecha | <input type="checkbox"/> Derecha |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de los Ojos | <input type="checkbox"/> Cirugía del estómago | <input type="checkbox"/> Izquierda | <input type="checkbox"/> Izquierda |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de vesicular Biliar | <input type="checkbox"/> Cirugía de la tiroides | <input type="checkbox"/> Ambas | <input type="checkbox"/> Ambas |
| <input type="checkbox"/> Bypass Gástrico | <input type="checkbox"/> Amigdalectomía | <input type="checkbox"/> Túnel Cubital | <input type="checkbox"/> Hombro |
| <input type="checkbox"/> Cirugía del Corazón | <input type="checkbox"/> Ligadura de Trompas | <input type="checkbox"/> Derecha | <input type="checkbox"/> Derecha |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de hemorroides | <input type="checkbox"/> Vasectomía | <input type="checkbox"/> Izquierda | <input type="checkbox"/> Izquierda |
| <input type="checkbox"/> Reparación de Hernias | <input type="checkbox"/> Cuidado/Curas de Heridas | <input type="checkbox"/> Ambas | <input type="checkbox"/> Ambas |

Otros: _____

Estado Marital:

Soltero(a) Casado(a) Asociado(a) Divorciado(a) Separado(a) Legalmente Viudo(a)

Encuesta Rápida

Nombre: _____ Fecha: _____

Por favor, califique su capacidad para realizar las actividades siguientes, en la semana pasada, dibujando un círculo alrededor del número que aparece debajo de la respuesta adecuada:

	SIN DIFICULTAD	POCA DIFICULTAD	DIFICULTAD MODERADA	DIFICULTAD SEVERA	NO PUEDO HACERLO
1. Abrir un frasco hermético o nuevo.	1	2	3	4	5
2. Hacer las tareas pesadas del hogar (Por ejemplo: lavado de paredes, limpiar el piso)	1	2	3	4	5
3. Cargar una bolsa de la compras o un maletín	1	2	3	4	5
4. Lavarse la espalda	1	2	3	4	5
5. Usar un cuchillo para cortar alimentos	1	2	3	4	5
6. Realizar actividades recreativas que requieren alguna fuerza o impacto a través de su brazo, hombro o mano (Ejemplo, golf, martillar, tenis)	1	2	3	4	5

	SIN DIFICULTAD	POCA DIFICULTAD	DIFICULTAD MODERADA	DIFICULTAD SEVERA	NO PUDE HACERLO
7. Durante la última semana, ¿En qué medida su problema del brazo, hombro o mano ha dificultado sus actividades sociales normales con la familia, amigos, vecinos o grupos?	1	2	3	4	5

	SIN LIMITACIONES	LEVEMENTE LIMITADO	MODERADA -MENTE LIMITADO	MUY LIMITADO	EXTREMO NO PUDE HACERLO
8. Durante la semana pasada, ¿Estuvo Ud. limitado en su trabajo u otras actividades regulares diarias a causa del problema de su brazo, hombro o mano?	1	2	3	4	5

Por favor, califique la gravedad de los síntomas siguientes en la última semana.

	NINGUNO	LEVE	MODERADO	SEVERO	EXTREMO
9. Dolor en el Brazo, hombro o mano	1	2	3	4	5
10. Hormigueo (pinchazos) en el brazo, hombro o mano.	1	2	3	4	5

	SIN DIFICULTAD	POCA DIFICULTAD	DIFICULTAD MODERADA	DIFICULTAD SEVERA	EXTREMO NO PUDE DORMIR
11. Durante la última semana, ¿Cuánta dificultad ha tenido Ud. para dormir a causa del dolor en el brazo, hombro o mano?	1	2	3	4	5



Aviso de Prácticas de Privacidad

Yo (su nombre) _____ he tenido la oportunidad de leer y revisar el aviso de prácticas de privacidad de Advanced Hand & Plastic Surgery Center. Todas mis preguntas sobre HIPAA y el uso de mi información de salud protegida han sido contestadas a mi satisfacción.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Si el paciente es menor de edad, sus padres o guardián:

Firma: _____ Fecha: _____

Yo autorizo a revelar y entregar información médica sobre mi salud a las siguientes personas:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Firma del paciente: _____