

Datos del paciente

DATOS PERSONALES

Nombre y Apellidos: _____ DNI de España / Número pasaporte: _____

Correo electrónico: _____ Fecha nacimiento: _____

Dirección postal: _____ Provincia: _____

Localidad: _____ País: _____ Código Postal: _____

Altura: _____ Peso: _____ Profesión: _____

Tel. particular: _____ Tel. Móvil: _____

Si dispone de un seguro médico, indique cual es: _____

Mutua reembolso: SÍ NO

Sexo: Hombre Mujer Usted es: Diestro Zurdo

¿Cuál es el problema principal por el que desea tratamiento?

HÁBITOS DE CONSUMO: (Esta información es estrictamente confidencial)

Alcohol: _____

Tabaco: _____

Drogas (cannabis, etc): _____

Homeopatía: _____

Otros: _____

ANTECEDENTES:

Diabetes Sí No

Marcapasos Sí No

Anticoagulación (está tomando alguna medicación anticoagulante) Sí No

¿CÓMO NOS HA CONOCIDO?

Página web IC

Amigos

Familiares

Derivado por otro doctor (indique el nombre) _____

Publicidad en prensa / digital

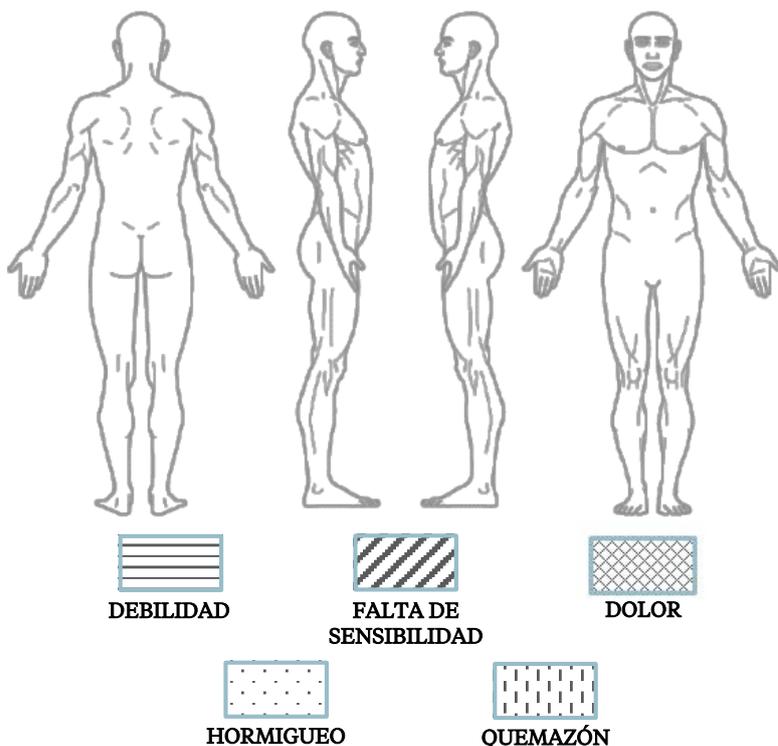
Redes sociales

Otro

HISTORIAL DEL DOLOR LUMBAR/ CERVICAL:

Indique accidentes, sucesos que han requerido visita al médico, tratamientos conservadores para el problema de la espalda/ cuello, etc.

USANDO LOS SÍMBOLOS APROPIADOS, MARQUE EN ESTE DIAGRAMA DEL CUERPO DÓNDE SIENTE LAS SIGUIENTES SENSACIONES:



RESUMEN DEL DOLOR

Fecha de aparición:

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

DOLOR DE LA PARTE INFERIOR DE LA ESPALDA	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10
DOLOR DE LA CIATICA	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10
DOLOR DE PIERNA/S	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10
DOLOR DE CUELLO	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10
DOLOR DE BRAZO/S	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10



INSTITUTO CLAVEL

Neurocirugía que cambia vidas

Cirugías previas relacionadas con el dolor lumbar/cervical _____

Otras cirugías _____

Alergias conocidas _____

Medicamentos (relacionados con los síntomas) _____

Otros medicamentos _____

HISTORIA MÉDICA

Marque con una X las que SÍ tiene o ha tenido:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Presión sanguínea | <input type="checkbox"/> Coágulos sanguíneos | <input type="checkbox"/> Cáncer de piel |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Trastornos hemorrágicos | <input type="checkbox"/> Problemas estomacales |
| <input type="checkbox"/> Dolencias cardíacas | <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Problemas tiroidales |
| <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco | <input type="checkbox"/> Colitis | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Arritmias | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Transfusiones de sangre |
| <input type="checkbox"/> Dolor en pecho | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Ictericia |
| <input type="checkbox"/> Ictus | <input type="checkbox"/> Problemas oculares | |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Epilepsia | |
| <input type="checkbox"/> Problemas renales | <input type="checkbox"/> Hepatitis | |
| <input type="checkbox"/> SIDA positivo | <input type="checkbox"/> Migrañas | |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Crisis nerviosas | |
| <input type="checkbox"/> Problemas respiratorios | <input type="checkbox"/> Problemas otorrinolaringológicos | |
| <input type="checkbox"/> Lupus | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Neumonía | |
| <input type="checkbox"/> Otros problemas de espalda | <input type="checkbox"/> Convulsiones | |

RELACIONADO 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 es muy importante para ayudarlo.

¿Cuál es su profesión/ tipo de empleo? _____

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

En el caso de sí, ¿cuándo? _____

¿Cuál 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 debido a mantener una postura monótona? Sí No
- ¿Su afectación le complica trabajar? Sí No

RELACIONADO CON ACTIVIDADES DE OCIO

¿Puede practicar deporte? Sí No

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

¿Practicaba deportes antes? Sí No

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



INSTITUTO CLAVEL

Neurocirugía que cambia vidas

ÍNDICE DE DISCAPACIDAD DE OSWESTRY

Este cuestionario ha sido diseñado para brindarnos información sobre cómo su dolor de espalda ha afectado en su vida diaria. Por favor, responda a cada sección y marque solo la respuesta que más se parezca a su caso en este momento. Marque únicamente 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 no necesito 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

- Puedo realizar mis cuidados personales 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

Neurocirugía que cambia vidas

ÍNDICE DE DISCAPACIDAD DE OSWESTRY

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 energéticas como bailar, etc.
- El dolor ha limitado mi vida social y no salgo tan a menudo.
- El dolor ha limitado mi vida social en el 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.

DESEO RECIBIR INFORMACIÓN DE IC Y DE SU FUNDACIÓN (NEWSLETTER): Sí [] No []

FECHA _____

FIRMA

INFORMACIÓN SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

RESPONSABLE: INSTITUTO CLAVEL, S.L.P. (B65134819), 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. En caso de aceptar nuestra propuesta y formalizar el acuerdo, estos datos serán incorporados a su historia clínica y serán tratados para llevar a cabo la prestación asistencial y gestionar la relación con el paciente. Enviar la newsletter con novedades e información comercial de los productos, servicios y actividades de IC y de su fundación (Fundación Clavel - G66109109), inclusive por medios electrónicos. **LEGITIMACIÓN:** Consentimiento del interesado al solicitarnos una evaluación de su caso clínico y un presupuesto de servicios y para recibir la newsletter e información comercial de IC y de su Fundación. **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 ----