

FOTO Patient Intake Survey

Neck, Cranium / Mandible, Thoracic Spine, Ribs

Staff to Complete	
PATIENT NAME: _____	Patient ID: _____
Gender: Male / Female	Date of Birth: ____/____/____ Clinician: _____
Body Part _____	Impairment _____ Care Type _____
Payer Source _____	Date of Survey: ____/____/____

Estamos interesados en cómo se siente Ud. Y con qué habilidad puede hacer sus actividades usuales. Esta información nos podrá ser útil para poder recomendar el mejor tratamiento. Por favor conteste cada pregunta basado en su habilidad, sin importar como puede realizar la actividad. Si Ud. No ha realizado la actividad recientemente, por favor elija la respuesta más exacta.

¿En cuánto le limita el impedimento por el cual está recibiendo tratamiento, para:	Me limita mucho	Me limita un poco	No me limita
1. Realizar actividades enérgicas como correr, alzar objetos pesados, o participar en deportes muy enérgicos?			
2. Participar en actividades de recreación?			
3. Realizar actividades moderadas como mover una mesa o empujar la aspiradora, jugar a los bolos o jugar al golf?			
4. Poder alzar o cargar sus comestibles?			
5. Alzar objetos por encima de su cabeza y colocarlos en un armario?			
6. Agarrar o abrir una lata?			
7. Agarrar artículos pequeños, como bolígrafos o monedas?			
8. Comer por si solo/a?			
9. Echarse o levantarse de la cama?			
10. Bañarse o vestirse?			
11. Realizar todas sus actividades de aseo?			

12. Indique cuantas veces ha tenido cirugía para su dolencia principal. Ninguno 1 2 3 4+

13. ¿Hace cuantos días que comenzó su dolencia? 0-7 días 8-14 15-21 22-90 91 días a 6 meses Más de 6 meses

14. ¿Está tomando medicinas con prescripción para su dolencia? Sí No

15. ¿Alguna vez antes ha recibido tratamiento para esta condición? Sí No

Patient Name: _____ Patient ID _____

16. ¿Con que frecuencia ha terminado por lo menos 20 minutos de ejercicios, tales como trotar, ir en bicicleta o caminar rápidamente antes que se manifieste su dolencia?
- Por lo menos tres veces por semana Una o dos veces por semana Rara vez o nunca
17. Su tratamiento puede verse afectado por otros problemas de salud. Marque (✓) por favor los problemas que le afecten a usted:
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Enfermedades visuales (tales como cataratas, glaucoma, degeneración macular) |
| <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Problemas de audición (sordera profunda, aun con aparatos auditivos) |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Dolor de espalda (dolor al cuello, a la parte baja de la espalda, enfermedad degenerativa) |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD), síndrome de dificultad respiratoria adquirida (ARDS), o enfisema | <input type="checkbox"/> Riñones, vejiga, próstata, o problemas para orinar |
| <input type="checkbox"/> Angina | <input type="checkbox"/> Accidentes previos |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva (o Enfermedad al corazón) | <input type="checkbox"/> Alergias |
| <input type="checkbox"/> Ataque al corazón (Infarto del miocardio) | <input type="checkbox"/> Incontinencia |
| <input type="checkbox"/> Presión alta | <input type="checkbox"/> Ansiedad o Trastorno de pánico |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad neurológica (como Esclerosis Múltiple o Enfermedad de Parkinson) | <input type="checkbox"/> Depresión |
| <input type="checkbox"/> Infarto o Accidente Isquémico Transitorio (TIA) | <input type="checkbox"/> Otros desordenes |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad vascular periférico (o Claudicación) | <input type="checkbox"/> Hepatitis / SIDA |
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Cirugía previa |
| <input type="checkbox"/> Diabetes Tipo I y Tipo II | <input type="checkbox"/> Prótesis / Implante |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad gastrointestinal (ulcera, hernia, reflujo, intestino, hígado, vesícula biliar) | <input type="checkbox"/> Alteraciones del sueño |
| | <input type="checkbox"/> Cáncer |

18. ¿Cuánto mide? _____ Pies _____ Pulgadas ¿Cuánto pesa? _____ Libras

19. No debo realizar actividades físicas que (pudieran empeorar) empeoran mi dolor.

0 1 2 3 4 5 6
 ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼
 Totalmente en Inseguro Complemente de
 desacuerdo acuerdo

ÍNDICE DE LA INCAPACIDAD DEL CUELLO

Lea por favor: Este cuestionario está diseñado para permitirnos comprender cuánto dolor en el cuello ha afectado su capacidad para manejar las actividades cotidianas. Por favor, conteste cada sección circulando la opción que más le aplique a usted. Sabemos que usted pueda sentir que más de una oración pueda relacionada con usted, pero por favor circule solo una opción que describa de cerca su problema en **ESTE MOMENTO**.

<p>SECCIÓN 1: Intensidad del Dolor</p> <ul style="list-style-type: none"> 0 No tengo dolor en el momento 1 El dolor es leve en el momento 2 El dolor viene y va y es moderado 3 El dolor es moderado y no varía mucho 4 El dolor es grave, pero viene y va 5 El dolor es severo y no varía mucho 	<p>SECCIÓN 6: Concentración</p> <ul style="list-style-type: none"> 0 Puedo concentrarme completamente cuando quiero sin dificultad 1 Puedo concentrarme completamente cuando quiero con poca dificultad 2 Tengo un buen grado de dificultad para concentrarme cuando quiero 3 Tengo mucha dificultad para concentrarme cuando quiero 4 Tengo una gran dificultad para concentrarme cuando quiero 5 No puedo concentrarme en lo absoluto
<p>SECCIÓN 2: Cuidado personal (lavarse, vestirse, etc)</p> <ul style="list-style-type: none"> 0 Puedo cuidar de mí mismo sin causar dolor adicional 1 Puedo cuidar de mí mismo, pero normalmente causa dolor adicional 2 Es doloroso cuidar de mí mismo y soy lento y cuidadoso 3 Necesito un poco de ayuda, pero hago la mayor parte de mi cuidado personal 4 Necesito ayuda todos los días en la mayoría de los aspectos del autocuidado 5 No me visto, me baño con dificultad, y me quedo en la cama 	<p>SECCIÓN 7: Trabajo</p> <ul style="list-style-type: none"> 0 Puedo hacer el trabajo que yo quiera 1 Sólo puedo hacer mi trabajo habitual, pero nada más 2 Yo puedo hacer la mayor parte de mi trabajo habitual, pero no más 3 No puedo hacer mi trabajo habitual 4 Sasi no puedo hacer ningún trabajo en absoluto 5 No puedo hacer ningún trabajo en absoluto
<p>SECCIÓN 3: Alzarse</p> <ul style="list-style-type: none"> 0 Puedo levantar objetos pesados sin dolor adicional 1 Puedo levantar objetos pesados, pero causa dolor adicional 2 El dolor me impide levantar objetos pesados del suelo, pero si están convenientemente situados, por ejemplo, sobre una mesa 3 El dolor me impide levantar objetos pesados, pero puedo gestión de la luz a los pesos medianos si están convenientemente posicionado 4 sólo puedo levantar pesas muy livianas 5 No puedo levantar o transportar nada 	<p>SECCIÓN 8: Conducir</p> <ul style="list-style-type: none"> 0 Puedo conducir mi carro sin dolor en el cuello 1 Puedo conducir mi carro todo el tiempo que quiera con un poco de dolor en el cuello 2 Puedo conducir mi carro todo el tiempo que quiero con dolor moderado en mi cuello 3 No puedo conducir mi carro todo el tiempo que quiera, por el dolor moderado en mi cuello 4 Casi no puedo conducir mi carro a causa de un fuerte dolor en mi cuello 5 No puedo conducir mi carro en absoluto.
<p>SECCIÓN 4: Lectura</p> <ul style="list-style-type: none"> 0 Puedo leer todo lo quiero sin dolor en el cuello 1 Puedo leer todo lo que quiera con un poco de dolor en el cuello 2 Puedo leer todo lo quiero con dolor moderado en el cuello 3 No puedo leer todo lo que quiero a causa del dolor moderado en el cuello 4 No puedo leer todo lo quiero a causa de un fuerte dolor en el cuello 5 No puedo leer en absoluto debido al dolor de cuello 	<p>SECCIÓN 9: Dormir</p> <ul style="list-style-type: none"> 0 No tengo problemas para dormir 1 Mi sueño es un poco alterada (menos de 1 hora. Insomnio) 2 Mi sueño es levemente alterado (1-2 hrs. sin dormir) 3 Mi sueño es moderadamente alterado (2-3 hrs. sin dormir) 4 Mi sueño es grandemente alterado (2-3 hrs. sin dormir) 5 Mi sueño es alterado por completo (5-7 hrs. sin dormir)
<p>Sección 5: Los dolores de cabeza</p> <ul style="list-style-type: none"> 0 No tengo dolores de cabeza 1 Tengo dolores de cabeza leves que vienen con frecuencia 2 Tengo dolores de cabeza moderados que vienen en frecuencia 3 Tengo dolores de cabeza moderados que vienen con frecuencia 4 Tengo dolores de cabeza fuertes que vienen con frecuencia 5 Tengo dolores de cabeza casi todo el tiempo 	<p>SECCIÓN 10: Recreación</p> <ul style="list-style-type: none"> 0 Soy capaz de participar en todas las actividades recreativas sin dolor en el cuello 1 Puedo participar en todas las actividades recreativas, con un poco de dolor en el cuello 2 Puedo participar en la mayoría, pero no todas las actividades recreativas, a causa de dolor en el cuello 3 Puedo participar en sólo unas pocas actividades recreativas a causa de dolor en el cuello 4 No puedo hacer casi ninguna actividad recreativa debido a dolor en el cuello 5 No puedo hacer alguna actividad deportiva

SCORING: Simply count up the points and plug in the total: For each question there is a possible of 5 points: 0 for the first question, 1 for the second question, 2 for the third question etc.