

## ESPINA DORSAL

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_

Área de la espina dorsal que se explorará: (por favor círculo) CERVICAL, TORÁCICO, LUMBAR

Dé por favor una breve descripción de sus síntomas relacionados con el área que se explorará:

---



---

Dolor De Cuello: izquierdo \_\_ derecho \_\_      Dolor Del Brazo: izquierdo \_\_ derecho \_\_

Dolor De Espalda: izquierdo \_\_ derecho \_\_      Dolor De la Pierna: izquierdo \_\_ derecho \_\_

El zumbido: izquierdo \_\_ derecho \_\_      Debilidad: izquierdo \_\_ derecho \_\_

¿Cuanto tiempo usted ha tenido estos síntomas? \_\_\_\_\_

¿El inicio de sus síntomas fue relacionado con lesión? \_\_\_\_\_

¿El inicio de sus síntomas fue relacionado con el trabajo o el trabajo? \_\_\_\_\_

¿Incontinencia (pérdida de control del intestino o de la vejiga)? \_\_\_\_\_

¿Usted tiene historia del cáncer? \_\_\_\_\_ de Si \_\_\_\_\_ No

¿Si sí, qué tipo y cuando? \_\_\_\_\_

¿Si sí, usted ha recibido radioterapia? \_\_\_\_\_ de Si \_\_\_\_\_ No Cuando? \_\_\_\_\_

¿Usted ha tenido cirugía en su espina dorsal? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si sí, indique qué nivel (si está sabido) \_\_\_\_\_ Cuando? \_\_\_\_\_

¿La cirugía ayudó a sus síntomas? \_\_\_\_\_

**Exploraciones anteriores (para el área que es explorada hoy):**

CT	Si	___	No	___	Cuando	_____	Donde	_____
MRI	Si	___	No	___	Cuando	_____	Donde	_____
X-ray	Si	___	No	___	Cuando	_____	Donde	_____
Myelograms	Si	___	No	___	Cuando	_____	Donde	_____
Bone Scans	Si	___	No	___	Cuando	_____	Donde	_____

Technologist: \_\_\_\_\_