



Cuestionario de trastornos del movimiento para pacientes nuevos

*Envíe por correo electrónico su formulario completado a rociom@NJbrainspine.com **AL MENOS 1 semana antes** tu cita programada*

Nombre Fecha de nacimiento

Edad Sexo Seguro social

Dirección

Teléfono móvil Teléfono del hogar

Correo(s) electrónico(s)

Nombre de contacto de emergencia Vínculo

Número(s) de contacto de emergencia

Paciente o médico remitente

Dirección

Número(s) de teléfono

¿Desea que le enviemos una nota de consulta a su médico remitente? Sí No



Nombre de la farmacia _____

Número de farmacia _____

Dirección de farmacia _____

HISTORIAL DE LA ENFERMEDAD ACTUAL

Explique la(s) razón(es) principal(es) por la(s) que solicita una consulta por trastornos del movimiento:

1) _____

2) _____

3) _____

Reconstruya, de la mejor manera posible, el historial de su enfermedad. Incluya los primeros síntomas que usted u otras personas notaron. ¿Qué sucedió después? ¿Tuvo una mayor progresión de sus síntomas? ¿Ocurrió de forma brusca o gradual? ¿Hay ciertas cosas que antes de su enfermedad solía hacer con facilidad pero que ya no puede hacer ahora?



¿Le interesa la estimulación cerebral profunda (DBS)? sí NO

Enumere los proveedores de atención médica a los que haya acudido anteriormente por este problema:

Fecha Nombre del proveedor Especialidad del proveedor Tratamiento proporcionado (si corresponde)





¿Alguna vez se ha sometido a una de las siguientes pruebas? En caso afirmativo, proporcione breves detalles:

	Fecha	¿Dónde se la realizaron?	¿Resultado?
CT de cabeza			
CT de columna			
MRI del cerebro			
MRI de columna			
EEG			
EMG/NCS			
Punción lumbar			
Otra			

¿Tiene alguna alergia a fármacos? Sí No

En caso afirmativo, indique el fármaco y la reacción alérgica que presenta:



Enumere todos sus MEDICAMENTOS ACTUALES:

Nombre del medicamento	Dosis (mg)	Cantidad de veces al día (aclare los horarios si es necesario)

Enumere todos los MEDICAMENTOS ANTERIORES que ha probado para esta enfermedad en particular:

Nombre del medicamento	Dosis (mg)	Cantidad de veces al día



¿Trabaja actualmente? _____

Ocupación actual/anterior: _____



Estado civil (encierre en un círculo): Soltero / Casado / Divorciado / Viudo

¿Cuántos hijos tiene? _____

¿Quién vive actualmente con usted en su casa? _____

HISTORIAL SOCIAL

¿Hace algún ejercicio de forma regular? _____ En caso afirmativo, ¿qué le gusta hacer? _____

HISTORIAL DE TABAQUISMO (SI NUNCA HA FUMADO, COLOQUE "0" EN TODAS LAS RESPUESTAS):

Año en que dejó: _____ Cantidad de paquetes/día _____ Cantidad de años que fumó: _____

HISTORIAL DE CONSUMO DE ALCOHOL (SI NO BEBE, COLOQUE "0" EN EL ESPACIO EN BLANCO):

Cantidad de cervezas o copas de vino por semana: _____

HISTORIAL DE DROGAS RECREATIVAS (SI NUNCA HA PROBADO DROGAS, COLOQUE "0" EN TODAS LAS RESPUESTAS):

Marihuana _____ Cocaína _____ Heroína _____ Otra _____


HISTORIAL MÉDICO FAMILIAR

	Si sigue con vida, edad actual	Si sigue con vida, enumere los problemas médicos	Si ha fallecido, edad al momento de la muerte	Historial médico o causa de muerte
Madre				
Padre				
Hermano				
Hermana				
Otro hermano				
Hijo				
Hija				
Otro niño				

¿Hay alguna otra información que le gustaría compartir en el marco de esta consulta?

POR FAVOR, RECABE CUALQUIER EXPEDIENTE MÉDICO PERTINENTE (INCLUIDAS LAS NOTAS DEL MÉDICO, LOS INFORMES DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEN, LOS DISCOS DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEN Y LOS ANÁLISIS DE SANGRE) DEL ÚLTIMO AÑO, Y TRÁIGALOS A SU 1.^a CITA