**EVALUACIÓN DE COMPORTAMIENTO y SALUD – LESIONES PERSONALES**

|  |
| --- |
| DATOS DEL PACIENTE  |
| Apellido |  | Nombre |  | Inicial | Fecha de Hoy |  |
| Médico de Cabecera |  Mano Dominante | [ ]  Izquierda [ ]  Derecha | Fecha de la lesión |
|  |
| DATOS DEL TRABAJO E HISTORIA DE LA LESIÓN |
| Nombre del Empleador | Título del trabajo |  |
| Fecha de empleo |  | Tiempo trabajando cuando se lastimó: \_\_\_ Año(s) \_\_\_ Mes(es) |
| Estado de trabajo presente[ ]  No estoy trabajando [ ]  Desocupado [ ]  Dejé el trabajo [ ]  No sé si tengo trabajo ?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| [ ]  Trabajando tiempo completo | [ ]  Trabajando medio tiempo | [ ]  Trabajando sin restricciones | [ ]  Trabajando con Último día trabajado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Restricciones incluyendo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Si está trabajando, ¿está con el mismo empleador? [ ]  Sí [ ]  No, mi nuevo empleador es: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Por favor anote cualquier dificultad(es) que está teniendo para desempeñarse al trabajo: |
| Si no está trabajando ahorita ¿trató de regresar a su trabajo después de la lastimadura? [ ]  No [ ]  Sí Si lo intentó, ¿cual fue la respuesta del empleador?: [ ]  me dijeron que no había trabajo para mí [ ]  me aceptaron con restricciones [ ]  me aceptaron sin restricciones [ ]  otra cosa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ¿Por cuánto tiempo duró trabajando después de la lastimadura? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Área(s) del cuerpo lastimados: [ ]  Cabeza/cara [ ]  Cuello (columna cervical) [ ]  Media espalda (columna torácica) [ ]  Espalda baja (la cintura) [ ]  Pecho [ ]  Ingle [ ]  Abdomen [ ]  Hueso de la cola [ ]  Otra:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Izquierda**  [ ]  Hombro [ ]  Parte superior del brazo [ ]  Codo [ ]  Parte inferior del brazo [ ]  Muñeca [ ]  Mano/dedos  [ ]  Lado/costillas [ ]  Cadera [ ]  Glúteo(nalga) [ ]  Pierna superior [ ]  Rodilla [ ]  Pierna inferior [ ]  Tobillo [ ]  Pie/dedos**Derecha** [ ]  Hombro [ ]  Parte superior del brazo [ ]  Codo [ ]  Parte inferior del brazo [ ]  Muñeca [ ]  Mano/dedos [ ]  Lado/costillas [ ]  Cadera [ ]  Nalga [ ]  Pierna superior [ ]  Rodilla [ ]  Pierna inferior [ ]  Tobillo [ ]  Pie/dedos |
| Favor de describir como ocurrió la lastimadura: |
| ¿Cuándo y a quién reportó su lesión? |
| \* ***Si tuvo una lastimadura en la cabeza, favor de indicar si ha experimentado algunos de los siguientes***: [ ]  Falta de conocimiento por\_\_\_min [ ]  Nausea/vómito [ ]  Dolores de cabeza frecuentes o severos [ ]  Mareos/Problemas de balance [ ]  Convulsiones [ ]  Problemas de memoria o confusión mental [ ]  Perdida del oído [ ]  Problemas visuales [ ]  Arrebatos de rabia [ ]  Debilidad o perdida del tacto [ ]  Otras síntomas: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| HISTORIA DEL TRATAMIENTO MÉDICO DE LA LESIÓN PRESENTE |
| ¿Cuándo empezó a buscar tratamiento médico para su lesión? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_¿A dónde fue?[ ]  sala de emergencia [ ]  Médico de la compañía [ ]  Médico general de mi familia [ ]  Médico Actual [ ]  Transportado en ambulancia [ ]  otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_¿Cuáles servicios se realizaron en ese momento? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Sírvase indicar cuáles de los siguientes procedimientos de diagnóstico y tratamientos ha recibido desde que se lesionó:** |
| **Procedimiento Diagnóstico**  | **Para que parte(s) del cuerpo**  | **Fecha (s)** | **Resultados**  |
| Radiografías |  |  |  |
| MRI(s) #\_\_\_ |  |  |  |
| Tomografía computarizada (CT Scan0 |  |  |  |
| CT Myleograma o Discografía |  |  |  |
| EMG/NCV(Estudio de los nervios) [ ]  extremidad inferior[ ]  extremidad superior |  |  |  |
| Otros exámenes:  |  |  |  |
| Pruebas Psicológicas |  |  |  |
| **Tratamiento / Servicios** | **Para que parte(s) del cuerpo**  | **Fecha (s)** | **Resultado/Efecto**  |
| Terapia Física (PT) Sesiones # \_\_\_\_ |  |  |  |
| Referido a un especialista (s) Nombre del doctor (s) \_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |
| Referido a un neurólogo |  |  |  |
| Inyecciones de esteroides (ESI) # \_\_\_\_\_ |  |  |  |
| Cirugía ¿cuántas? \_\_\_ |  |  |  |
| Terapia Física después de la cirugía Sesiones # \_\_\_\_\_\_ |  |  |  |
| Work Conditioning # días \_\_\_\_ |  |  |  |
| Work Hardening # días \_\_\_\_ |  |  |  |
| Programa de manejo del dolor crónico # días \_\_\_ |  |  |  |
| Examen doctor designado |  |  |  |
| Psicoterapia Individual # \_\_\_\_ sesiones |  |  |  |
| Estimulador de la Médula Espinal prueba \_\_\_ implante\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |
| Otros: |  |  |  |

|  |
| --- |
| EL DOLOR Y SU IMPACTO |
| **Calificar los siguientes usando una escala del 0 al 10, donde 10 es lo peor que usted podría imaginarse.**  | Grado en que el dolor interfiere con sus **actividades cotidianas**0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| Nivel del Dolor **promedio**: \_\_ ahora: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**\_\_ en los últimos 6 meses**0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Grado en que el dolor interfiere con las actividades **recreativas, sociales, familiares** 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| Nivel del Dolor: **Sin actividad** 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**Con actividad**0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Grado en que el dolor interfiere con **su habilidad a trabajar** 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| Nivel del Dolor: **Con medicina** 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**Sin Medicina**0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Nivel del Dolor **más alto** que ha tenido: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10Nivel del Dolor **más bajo** que ha tenido: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
|

|  |
| --- |
|  HISTORIA DE SALUD MÉDICA Y MENTAL  |
| Por favor enumere todos los procedimientos quirúrgicos y las hospitalizaciones que ha tenido con sus fechas: |
| Por favor anote cualquier otra condición médica (s) o problema (s), tanto en el pasado y el presente, por los cuales ha recibido tratamiento (por ejemplo: diabetes o la presión, etc.): |
| ¿Alguna vez ha sido tratado por una lesión en la cabeza? [ ]  Sí [ ]  No En caso afirmativo, ¿cuándo y cómo? |
| ¿Ha participado anteriormente en consejería o la psicoterapia? [ ]  Sí [ ]  No  En caso afirmativo, ¿cuándo y qué le llevó a buscar tratamiento? |
| ¿Ha visto anteriormente a un psiquiatra o ha sido recetado medicamentos para la depresión, la ansiedad, el estado de ánimo o el sueño? [ ]  Sí [ ]  No En caso afirmativo, indique los detalles:  |
| ¿Alguna vez ha intentado terminar con su vida / de suicidarse? [ ]  Sí [ ]  No ¿Alguna vez ha se ha tratado de hacer daño a sí mismo o ha hecho algo auto lesivo? [ ]  Sí [ ]  No En caso afirmativo, indique los detalles:  |
| ¿Alguna vez ha sido hospitalizado por problemas psicológicos o psiquiátricos? [ ]  Sí [ ]  No  En caso afirmativo, indique los detalles: |
|  historia Social, educativA y vocacional  |
| Edad actual: Raza / Etnia: Lugar de nacimiento:  |
| Estado civil: | [ ]  Soltero/a [ ]  Casado/a [ ]  (# de años \_\_\_\_) [ ]  Divorciado/a [ ]  Separado/a [ ]  Viudo/a [ ]  Otro\_\_\_\_\_ |
| Hijos: # of Hijas \_\_\_ Edades de Hijas \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ # of Hijos \_\_\_ Edades de Hijos \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ¿Con quién está usted viviendo actualmente? (por favor marque todas las que apliquen) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ]  Solo/a [ ]  Esposo/a [ ]  Padre [ ]  Madre [ ]  Hijo(s) [ ]  Hija(s) [ ]  Hermano/a (s) [ ]  Otro (s) [ ]  Mascota (s) | [ ]  | Other(s) |
| How many people live with you? |  | Pets\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

 |
| Nivel más alto de estudios completado: ¿Dónde? |
| Entrenamiento o Formación especializada, certificados y licencias que usted tiene:  |
| Idiomas(s) que usted habla: [ ]  Inglés [ ]  Español [ ]  Otro(s) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Idiomas (s) que usted entiende: [ ]  Inglés [ ]  Español [ ]  Otro(s) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Idiomas(s) que usted lee y escribe: [ ]  Inglés [ ]  Español [ ]  Otro(s) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Tipos de empleos desempeñados (*Marque todas las que apliquen):* [ ]  trabajos pesados [ ]  construcción [ ]  fabricas[ ]  mano de obra especializada (fontanero, electricista, etc) [ ]  clerical [ ]  empresario [ ]  paisajismo [ ]  campo/agricultura[ ]  conductor [ ]  entrega de servicios [ ]  servicios de comida/restaurante [ ]  servicio de atención al cliente [ ]  salud[ ]  ventas al por menor [ ]  enseñanza [ ]  puericultura [ ]  supervisión profesional [ ]  Otros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Historial del trabajo (por favor incluya el trabajo que realizó recientemente y los trabajos donde más tiempo estuvo) *Empleador Posición Razón por dejar el Empleo*  |

**Planes Actuales Vocacionales:** [ ]  Volver a trabajar en la misma compañía (mismo empleador) en la misma posición [ ]  Volver a trabajar en la misma compañía (mismo empleador) pero en una posición diferente [ ]  Volver a trabajar en la misma posición en una compañía/empleador diferente [ ]  Volver a trabajar en una posición nueva en una compañía/empleador diferente [ ]  Buscar entrenamiento y/o educación adicional [ ]  No sé [ ]  Otro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Cambios en el estilo DE VIDA relacionado con la lesión |
| Por favor marque las actividades con las que usted ha tenido dificultades y/o ha tenido que modificar o suspender a causa de su lesión en el trabajo: [ ]  Bañarse [ ]  Arreglarse [ ]  Quehaceres del hogar [ ]  Trabajar en el jardín [ ]  Cocinar [ ]  Cuidar a los hijos y/o familiares [ ]  Ejercicio/Jugar deportes [ ]  Conducir durante más de \_\_\_\_ min/hrs [ ]  Sentarme durante más de \_\_\_\_min/hrs [ ]  Pararme durante más de \_\_\_\_min/hrs [ ]  Caminar durante más de \_\_\_\_min/distancia [ ]  Alcanzar [ ]  Doblarme [ ]  Encuclillarme [ ]  Gatear [ ]  Subir/Bajar Escaleras [ ]  Levantar/cargar más de \_\_\_\_ libras. [ ]  Actividad Sexual [ ]  Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Por favor anote ejemplos de los cambios o dificultades que ha sufrido:**  |
| ¿Cuál era su porcentaje de funcionamiento **antes de la lesión** *(donde 0% es muerto y el 100% es perfecto)? \_\_\_\_\_%*¿Cuál es su porcentaje **actual** de funcionamiento? \_\_\_\_\_% |
| **Estatus de Movilidad:** [ ]  Independiente [ ]  Incapaz de caminar sin dispositivos de ayuda (por ejemplo, muletas o un bastón) [ ]  Dificultad con el equilibrio [ ]  Caída en los últimos 3 meses [ ]  Temor de caer [ ]  Otro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ***Por favor, indique si ha tenido alguno de los siguientes desde su lesión:*****CAMBIOS EN LAS RELACIONES PERSONALES:** [ ]  Más conflictos con la familia [ ]  Menos involucrado en actividades de la familia [ ]  Me aíslo de los demás [ ]  Menos participación en actividades sociales [ ]  No tengo nadie con quien hablar de mi dolor Sintiéndose [ ]  abandonado/a por los compañeros de trabajo [ ]  solo/a [ ]  ignorado/a [ ]  incomprendido/a**CAMBIOS EN LA PERCEPCION:** [ ]  He perdido la confianza en mi mismo [ ]  Estoy más sensible sentimentalmente [ ]  Me siento mas vulnerable a la crítica [ ]  Siento que no tengo control de mi vida  Me siento  [ ]  inútil [ ]  impotente [ ]  como una carga [ ]  poco atractivo  Me siento  [ ]  decepcionado de mi  mismo   [ ]  enojado conmigo  mismo**TRASTORNOS DEL SUEÑO:** [ ]  Dificultad de conciliar el sueño [ ]  Múltiples despertares durante la noche, # de veces \_\_\_\_\_\_ [ ]  Despertar demasiado temprano por la mañana ¿Cuántas horas dormía antes de la lesión? \_\_\_\_\_ ¿Cuántas ahora? \_\_\_\_\_**HABITOS PERSONALES:** ¿Consume alcohol? [ ]  No [ ]  Sí con la siguiente frecuencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_¿Su uso de alcohol ha cambiado desde la lesión? [ ]  ningún cambio [ ]  aumento por \_\_\_\_\_\_\_\_ [ ]  disminución por \_\_\_\_\_\_\_\_\_¿Fuma o usa tabaco? [ ]  No [ ]  Sí con la siguiente frecuencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_¿Su uso de tabaco ha cambiado desde la lesión? [ ]  ningún cambio [ ]  aumento por \_\_\_\_\_\_\_\_ [ ]  disminución por \_\_\_\_\_\_\_\_\_¿Ha cambiado su apetito? [ ]  aumento [ ]  disminución [ ]  ningún cambio¿Ha cambiado su peso? [ ]  aumento de \_\_\_\_\_libras [ ]  disminución de \_\_\_\_\_libras [ ]  ningún cambio |
| Por favor, describa cualquier otro cambio que han sufrido como consecuencia de su lesión: |
| ¿Quién le ha ayudado y/o dado apoyo desde que sufrió su lesión (emocional, económica, con información, etc.)? |
| ¿Cuáles fortalezas o recursos personales tiene usted para ayudarse a manejar los problemas relacionados con las lesiones? |

|  |
| --- |
| VERIFICACIÓN Y FIRMA |
| Yo certifico que mis respuestas son verdaderas y correctas según mi mejor conocimiento. |
| FIRMA:  | Fecha  |  |

**PCL-5 en español**

**Instrucciones:** A continuación se muestra una lista de los problemas que las personas tienen a veces en respuesta a una experiencia muy estresante. Por favor, lea cada problema cuidadosamente y circule su respuesta al derecho para indicar cuanto ese problema le ha molestado durante el último mes.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  ***En el último mes, ¿cuánto le molestó?:*** | ***Nada*** | ***Un poco*** | ***Moderadamente*** | ***Bastante*** | ***Extremadamente*** |
| 1. ¿Recuerdos repetidos, inquietantes, y no deseados de la experiencia estresante?
 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. ¿Sueños de la experiencia estresante, repetidos e inquietantes?
 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. ¿Repentinamente sintiendo o actuando como si la experiencia estresante estuviera sucediendo de nuevo (como si estuviera realmente allí reviviéndola)?
 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. ¿Sentirse muy molesto/a cuando algo le recuerda de la experiencia estresante?
 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. ¿Tener reacciones físicas fuertes cuando algo le recuerda la experiencia estresante (por ejemplo, el corazón palpitante, dificultad para respirar, sudoración)?
 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. ¿Evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con la experiencia estresante? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. ¿Evitar recuerdos externos de la experiencia estresante (por ejemplo, personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos o situaciones)? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. ¿Tener problemas con poder recordar partes importantes de la experiencia estresante? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. ¿Tener creencias negativas muy fuertes sobre sí mismo, otras personas, o el mundo (por ejemplo, tener pensamientos como: soy malo, hay algo seriamente mal conmigo, no se puede confiar en nadie, el mundo es completamente peligroso)? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. ¿Culparse a sí mismo o a alguien más por la experiencia estresante o por lo que pasó después? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. ¿Tener fuertes sentimientos negativos como el miedo, el horror, la ira, la culpa o la vergüenza? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. ¿Pérdida de interés en actividades que antes disfrutaba? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. ¿Sentirse distante o aislado de otras personas? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. ¿Problemas sintiendo emociones positivas (por ejemplo, incapacidad de sentir felicidad o tener sentimientos de amor hacia las personas cercanas a usted)? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. ¿Sentirse irritable, tener ataques de ira, o comportamiento agresivo? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. ¿Tomar demasiados riesgos o hacer cosas que podrían causarle daño? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. ¿Estar "súper-alerta", o vigilante o en guardia? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. ¿Sentirse nervioso/a o asustado/a fácilmente? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. ¿Tener dificultad concentrándose? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. ¿Problemas conciliando o manteniendo el sueño? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |