

### Reporte de Accidente

• ¿Los servicios solicitados están relacionados a un accidente? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

• Si la respuesta es sí, favor dejarnos saber los detalles:

○ Tipo de Accidente \_\_\_\_\_

○ ¿Cómo ocurrió? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

○ ¿Cuándo ocurrió? \_\_\_\_\_

○ ¿Dónde Ocurrió? \_\_\_\_\_

### Cuestionario a Paciente

Médico que refiere: \_\_\_\_\_

Queja principal:

\_\_\_\_\_

Marque todo lo que aplique:

Ha tenido dolor de rodilla en los últimos tres meses?					
<b>Rodilla izquierda</b>	Localidad	___ Frente	___ Atrás	___ Lado	___ Todos
___ Si ___ No	Severidad	___ Leve	___ Moderado	___ Severo	___ Intolerable
	Frecuencia	___ Rara vez	___ Ocasional	___ Frecuente	___ Siempre
Escucha algún ruido en su rodilla? ___ Si ___ No			Asociado a dolor? ___ Si ___ No		
<b>Rodilla derecha</b>	Localidad	___ Frente	___ Atrás	___ Lado	___ Todos
___ Si ___ No	Severidad	___ Leve	___ Moderado	___ Severo	___ Intolerable
	Frecuencia	___ Rara vez	___ Ocasional	___ Frecuente	___ Siempre
Escucha algún ruido en su rodilla? ___ Si ___ No			Asociado a dolor? ___ Si ___ No		
Ha tenido dolor de cadera en los últimos tres meses?					
<b>Cadera izquierda</b>	Localidad	___ Frente	___ Atras	___ Lado	___ Todos
___ Si ___ No	Severidad	___ Leve	___ Moderado	___ Severo	___ Intolerable
	Frecuencia	___ Rara vez	___ Ocasional	___ Frecuente	___ Siempre
<b>Cadera derecha</b>	Localidad	___ Frente	___ Atras	___ Lado	___ Todos
___ Si ___ No	Severidad	___ Leve	___ Moderado	___ Severo	___ Intolerable
	Frecuencia	___ Rara vez	___ Ocasional	___ Frecuente	___ Siempre

Necesita equipo asistivo? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

Mencione: \_\_\_\_\_

Puede realizar actividades diarias? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

Puede subir/bajar escaleras? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

Puede realizar actividad recreativas/deportes? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

Mencione: \_\_\_\_\_

Su dolor afecta su estado de ánimo? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

Cuanto puede caminar? \_\_\_\_\_ Limitado \_\_\_\_\_ Ilimitado