



NEW LIFE CENTRO DE BIENESTAR Y SALUD

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE DOLOR CERVICAL Y DE HOMBROS

I. DATOS GENERALES

Nombre y apellidos: _____

Edad: _____ Sexo: _____

Ocupación: _____

Teléfono: _____

Fecha: _____ / _____ / _____

II. ¿CÓMO CONOCIÓ NEW LIFE?

¿Por qué medio conoció inicialmente nuestro centro? (Puede marcar más de una opción)

- Facebook
- Instagram
- TikTok
- YouTube
- Búsqueda en Google
- Google Maps / Reseñas de Google
- Página web de New Life
- Recomendación de un amigo o familiar
- Recomendación de un paciente de New Life
- Recomendación de un médico u otro profesional de la salud

- Empresa / centro de trabajo
- Televisión, radio u otro medio de comunicación
- Pasó por el centro / vio nuestro letrero
- Ya era paciente de New Life
- Otro: _____

Si vino recomendado por otra persona, indique su nombre si lo desea:

III. SÍNTOMAS PRINCIPALES

1. ¿En qué zona presenta actualmente las principales molestias? (Puede marcar más de una opción)

- Cuello
- Parte posterior de la cabeza / nuca
- Hombro izquierdo
- Hombro derecho
- Ambos hombros
- Alrededor de los omóplatos
- Parte superior de la espalda
- Brazo
- Antebrazo
- Mano o dedos
- Otro: _____

2. ¿En qué lado son más intensas las molestias?

- Izquierdo
- Derecho
- Ambos lados por igual

3. ¿Qué tipo de molestias presenta? (Puede marcar más de una opción)

- Dolor
- Sensación de tensión o pesadez
- Rigidez
- Adormecimiento
- Hormigueo
- Sensación de ardor
- Debilidad
- Contractura o tensión muscular
- Otro: _____

4. Califique la intensidad de su dolor de 0 a 10:

0 = Sin dolor; 10 = Dolor insoportable

Dolor actual: _____ / 10

Dolor en su momento más intenso: _____ / 10

IV. INICIO Y EVOLUCIÓN DE LOS SÍNTOMAS

5. ¿Desde hace cuánto tiempo presenta estos síntomas?

- Menos de 1 semana

- Entre 1 y 4 semanas
- Entre 1 y 3 meses
- Entre 3 y 6 meses
- Más de 6 meses
- Se presentan de manera recurrente desde hace años

6. ¿Cómo comenzaron los síntomas?

- Aparecieron repentinamente
- Aparecieron progresivamente
- Al despertar
- Después de trabajar durante varias horas
- Después de cargar peso
- Después de realizar ejercicio
- Después de una caída o golpe
- Después de un accidente de tránsito
- Sin causa aparente
- Otro: _____

7. ¿En qué momento suelen ser más intensos los síntomas? (Puede marcar más de una opción)

- Al levantarse por la mañana
- Durante la mañana
- Durante la tarde
- Durante la noche
- Mientras duerme

- Después del trabajo
- Después de permanecer mucho tiempo en una misma posición
- No existe un horario determinado

V. FACTORES QUE AGRAVAN O ALIVIAN LOS SÍNTOMAS

8. ¿Qué situaciones aumentan sus molestias? (Puede marcar más de una opción)

- Mirar el celular durante mucho tiempo con la cabeza inclinada
- Usar la computadora
- Permanecer sentado durante mucho tiempo
- Conducir durante mucho tiempo
- Girar la cabeza
- Mirar hacia arriba
- Inclinar la cabeza hacia abajo
- Levantar el brazo
- Llevar el brazo hacia atrás
- Cargar objetos pesados
- Dormir
- Estrés o tensión emocional
- Otro: _____

9. ¿Qué situaciones alivian sus molestias? (Puede marcar más de una opción)

- Descansar
- Realizar movimientos suaves

- Aplicar calor
- Aplicar frío
- Masajes
- Cambiar de posición
- Tomar analgésicos
- Nada las alivia claramente
- Otro: _____

VI. SÍNTOMAS CERVICALES Y NEUROLÓGICOS

10. ¿El dolor se extiende desde el cuello hacia el hombro, brazo o dedos?

- No
- Hasta el hombro
- Hasta el brazo
- Hasta el antebrazo
- Hasta la mano
- Hasta los dedos

11. ¿Presenta adormecimiento, hormigueo o alteración de la sensibilidad en el brazo o los dedos?

- No
- Ocasionalmente
- Frecuentemente
- De manera permanente

Zona específica: _____

12. ¿Ha notado pérdida de fuerza en el brazo o la mano?

- No
- Sí

Por ejemplo: se le caen objetos de la mano, tiene dificultad para abrir una botella, exprimir una toalla, etc.

Describe: _____

13. ¿Presenta alguno de los siguientes síntomas? (Puede marcar más de una opción)

- Dolor de cabeza
- Mareos
- Zumbido en los oídos
- Náuseas
- Ninguno de los anteriores

VII. MOVILIDAD DEL HOMBRO

14. ¿Los siguientes movimientos le producen dolor o limitación?

Levantar el brazo

- Normal
- Doloroso
- Muy limitado

Llevar la mano hacia la espalda

- Normal
- Doloroso

- Muy limitado

Peinarse o tocarse la parte posterior de la cabeza

- Normal
- Doloroso
- Muy limitado

Vestirse o quitarse la ropa

- Normal
- Doloroso
- Muy limitado

15. ¿El dolor cervical o de hombro afecta su sueño durante la noche?

- No
- Ocasionalmente
- Frecuentemente
- Casi todas las noches

16. ¿Puede dormir apoyándose sobre el lado doloroso?

- Sí
- Me produce dolor
- No puedo

VIII. TRABAJO Y HÁBITOS DE VIDA

17. ¿Cuántas horas al día utiliza aproximadamente la computadora o el celular?

- Menos de 2 horas

- Entre 2 y 4 horas
- Entre 4 y 8 horas
- Más de 8 horas

**18. ¿Su trabajo requiere frecuentemente alguna de las siguientes actividades?
(Puede marcar más de una opción)**

- Permanecer sentado durante mucho tiempo
- Mantener la cabeza inclinada hacia abajo
- Conducir durante largos periodos
- Permanecer de pie durante mucho tiempo
- Realizar movimientos repetitivos con los brazos
- Mantener los brazos elevados durante periodos prolongados
- Cargar objetos pesados
- Ninguna de las anteriores

19. ¿Realiza actividad física o deporte regularmente?

- Rara vez
- 1–2 veces por semana
- 3 o más veces por semana

Actividad o deporte principal: _____

IX. ANTECEDENTES Y EXÁMENES REALIZADOS

20. ¿Ha presentado anteriormente episodios similares de dolor cervical o de hombro?

- No

- Sí, ocasionalmente
- Sí, de manera frecuente o recurrente

21. ¿Alguna vez le han diagnosticado alguno de los siguientes problemas? (Puede marcar más de una opción)

- Hernia o protrusión discal cervical
- Cambios degenerativos de la columna cervical
- Compresión de una raíz nerviosa cervical
- Hombro congelado / capsulitis adhesiva
- Lesión del manguito rotador
- Síndrome de pinzamiento del hombro
- Tendinitis
- Artritis
- Otro: _____
- No tiene un diagnóstico específico

22. ¿Se ha realizado alguno de los siguientes exámenes? (Puede marcar más de una opción)

- Radiografía
- Tomografía (TAC)
- Resonancia magnética
- Ecografía
- Electromiografía
- Ninguno

Resultado del examen o diagnóstico médico:

X. TRATAMIENTOS ANTERIORES

23. ¿Qué tratamientos ha recibido anteriormente? (Puede marcar más de una opción)

- Medicamentos
- Terapia física
- Masajes
- Acupuntura
- Terapia manual / manipulación
- Infiltraciones
- Cirugía
- Otro: _____
- No ha recibido tratamiento

Resultado de los tratamientos anteriores:

- Mejoró significativamente
- Mejoró parcialmente
- No hubo cambios importantes
- Los síntomas empeoraron

XI. SIGNOS Y SÍNTOMAS QUE REQUIEREN ESPECIAL ATENCIÓN

24. ¿Ha presentado recientemente alguno de los siguientes síntomas? (Puede marcar más de una opción)

- Traumatismo importante
- Fiebre sin causa conocida
- Pérdida significativa de peso sin causa aparente

- Dolor intenso y persistente durante la noche que no mejora al cambiar de posición
- Debilidad importante en ambos brazos o piernas
- Dificultad o inestabilidad al caminar
- Pérdida repentina de destreza o coordinación de las manos
- Alteraciones en el control de la orina o las deposiciones
- Dolor en el pecho o dificultad para respirar
- Ninguno de los anteriores

En caso afirmativo, explique:

XII. OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO

25. ¿Qué aspectos desea mejorar principalmente con el tratamiento? (Puede marcar más de una opción)

- Disminuir el dolor
- Mejorar la movilidad del cuello
- Mejorar la movilidad del hombro
- Disminuir el adormecimiento u hormigueo del brazo o los dedos
- Mejorar el sueño
- Volver a trabajar normalmente
- Volver a realizar actividad física o deporte
- Reducir la frecuencia de futuras recaídas
- Otro: _____

DECLARACIÓN DEL PACIENTE Y CONSENTIMIENTO

Declaro que la información proporcionada en este cuestionario es verdadera, completa y correcta según mi leal saber y entender. Me comprometo a informar al profesional tratante sobre cualquier antecedente médico, enfermedad, medicamento, alergia, embarazo u otra condición de salud que pueda ser relevante para mi evaluación y tratamiento.

Declaro que he proporcionado esta información de manera voluntaria y que acepto voluntariamente ser evaluado(a) y recibir el tratamiento indicado por los profesionales de **New Life Centro de Bienestar y Salud**, después de recibir la información y explicaciones correspondientes sobre el tratamiento propuesto.

Entiendo que la respuesta al tratamiento puede variar de una persona a otra y que no se me puede garantizar un resultado específico. Asimismo, entiendo que este cuestionario forma parte de la evaluación clínica y no sustituye los exámenes médicos, estudios complementarios o evaluaciones por otros especialistas cuando estos sean necesarios.

Me comprometo a informar inmediatamente al profesional tratante si durante o después del tratamiento presento alguna reacción, molestia inusual o cambio importante en mi estado de salud.

Nombre del paciente: _____

DNI / CE / Pasaporte: _____

Firma: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

EVALUACIÓN DEL MÉDICO / TERAPEUTA

Zona principal de dolor:

Evaluación inicial / posible origen de los síntomas:

- Relacionado con la columna cervical
- Relacionado con una raíz nerviosa cervical
- Dolor miofascial / muscular
- Relacionado con postura o sobrecarga crónica
- Relacionado con la articulación del hombro
- Relacionado con el manguito rotador
- Requiere estudios adicionales
- Requiere derivación médica
- Otro: _____

Plan de tratamiento:

Frecuencia de tratamiento recomendada:

_____ sesiones por semana.

Se recomienda realizar una nueva evaluación después de _____ sesiones.

Firma del médico / terapeuta:
