



CUESTIONARIO DE CONSULTA – DOLOR DE ESPALDA

Centro New Life – Acupuntura · Medicina China · Terapias Integrales

Fecha: ____ / ____ / ____

I. DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos: _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino

DNI / CE: _____

Teléfono: _____

Ocupación: _____

¿Por qué medio conoció nuestro centro?

- ☐ Facebook
- ☐ Instagram
- ☐ TikTok
- ☐ Google
- ☐ Periódico
- ☐ Recomendación
- ☐ Otro:

II. LOCALIZACIÓN Y CARACTERÍSTICAS DEL DOLOR

1. ¿Dónde siente principalmente el dolor?

- ☐ Espalda alta
- ☐ Espalda media
- ☐ Zona lumbar
- ☐ Zona sacra / cerca de los glúteos
- ☐ Lado derecho

- ☐ Lado izquierdo
- ☐ Ambos lados
- ☐ En varias zonas

2. ¿Desde cuándo tiene este dolor?

- ☐ Menos de 1 semana
- ☐ 1–4 semanas
- ☐ 1–3 meses
- ☐ 3–6 meses
- ☐ Más de 6 meses
- ☐ Más de 1 año

3. ¿Cómo comenzó el dolor?

- ☐ De forma repentina
- ☐ Poco a poco
- ☐ Después de cargar peso
- ☐ Después de hacer ejercicio o esfuerzo físico
- ☐ Después de una caída o accidente
- ☐ Después de permanecer mucho tiempo sentado/a
- ☐ Después de permanecer mucho tiempo de pie
- ☐ Al levantarse de la cama
- ☐ Sin causa aparente
- ☐ Otro: _____

4. Intensidad del dolor de 0 a 10:

0 = sin dolor

10 = dolor máximo

0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

Marque su nivel: _____

5. ¿Cómo describiría el dolor?

- ☐ Punzante
- ☐ Ardor / quemazón
- ☐ Presión

- ☐ Pesadez
 - ☐ Rigidez
 - ☐ Calambre
 - ☐ Corrientazo / descarga eléctrica
 - ☐ Dolor fijo
 - ☐ Dolor que cambia de lugar
 - ☐ Dolor constante
 - ☐ Dolor intermitente
 - ☐ Otro: _____
-

III. IRRADIACIÓN Y SÍNTOMAS ASOCIADOS

6. ¿El dolor se extiende hacia otra parte del cuerpo?

- ☐ No
 - ☐ Hacia los glúteos
 - ☐ Hacia la pierna derecha
 - ☐ Hacia la pierna izquierda
 - ☐ Hacia ambas piernas
 - ☐ Hacia la ingle
 - ☐ Hacia el abdomen
 - ☐ Otro: _____
-

7. ¿Presenta alguno de los siguientes síntomas?

- ☐ Hormigueo
 - ☐ Adormecimiento
 - ☐ Debilidad en una pierna
 - ☐ Debilidad en ambas piernas
 - ☐ Sensación de corriente eléctrica
 - ☐ Sensación de frío o calor
 - ☐ Calambres
 - ☐ Ninguno
 - ☐ Otro: _____
-

IV. FACTORES QUE EMPEORAN O MEJORAN EL DOLOR

8. ¿Cuándo empeora el dolor?

- ☐ En la mañana
- ☐ En la tarde
- ☐ En la noche
- ☐ Al estar sentado/a
- ☐ Al estar de pie
- ☐ Al caminar
- ☐ Al agacharse
- ☐ Al enderezarse
- ☐ Al girar el cuerpo
- ☐ Al levantarse de una silla
- ☐ Al levantarse de la cama
- ☐ Al cargar peso
- ☐ Al hacer ejercicio
- ☐ Al subir o bajar escaleras
- ☐ Al toser o estornudar
- ☐ Con el frío
- ☐ Con el estrés
- ☐ Otro: _____

9. ¿Qué hace que el dolor mejore?

- ☐ Reposo
- ☐ Movimiento
- ☐ Caminar
- ☐ Acostarse
- ☐ Cambiar de posición
- ☐ Calor
- ☐ Frío
- ☐ Masaje
- ☐ Estiramientos
- ☐ Medicamentos

☐ Acupuntura

☐ Otro: _____

V. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

10. ¿Ha tenido anteriormente episodios similares de dolor de espalda?

☐ No

☐ Sí

¿Cuántas veces aproximadamente? _____

11. ¿Le han diagnosticado algún problema de columna o espalda?

☐ Hernia discal

☐ Protrusión discal

☐ Ciática

☐ Escoliosis

☐ Artrosis

☐ Osteoporosis

☐ Fractura vertebral

☐ Lesión muscular

☐ Otro: _____

☐ Ninguno

12. ¿Se ha realizado algún examen por este problema?

☐ No

☐ Radiografía

☐ Resonancia magnética

☐ Tomografía

☐ Electromiografía

☐ Otro: _____

Si tiene los resultados o informes, puede mostrarlos al profesional durante la consulta.

13. ¿Ha recibido algún tratamiento para este problema?

- ☐ No
- ☐ Medicamentos
- ☐ Fisioterapia
- ☐ Acupuntura
- ☐ Masajes
- ☐ Terapia manual / quiropraxia
- ☐ Infiltración
- ☐ Cirugía
- ☐ Otro: _____

¿El tratamiento le ayudó?

- ☐ Mucho
 - ☐ Parcialmente
 - ☐ Poco
 - ☐ No mejoró
-

VI. ANTECEDENTES MÉDICOS

14. ¿Tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o condiciones?

- ☐ Hipertensión arterial
- ☐ Diabetes
- ☐ Enfermedad cardíaca
- ☐ Enfermedad renal
- ☐ Osteoporosis
- ☐ Artritis
- ☐ Artrosis
- ☐ Hernia discal
- ☐ Fibromialgia
- ☐ Cáncer
- ☐ Cirugías
- ☐ Accidentes importantes
- ☐ Fracturas

☐ Otro: _____

☐ Ninguna

Medicamentos que toma actualmente:

¿Está tomando anticoagulantes?

☐ No ☐ Sí

¿Tiene marcapasos?

☐ No ☐ Sí

¿Ha recibido acupuntura anteriormente?

☐ No ☐ Sí

Estos antecedentes siguen los datos clínicos que ya recoge el cuestionario general.

VII. ACTIVIDAD FÍSICA Y HÁBITOS POSTURALES

15. ¿Realiza actividad física?

☐ No ☐ Sí

¿Qué actividad realiza? _____

Frecuencia:

☐ Diario

☐ 1–2 veces por semana

☐ 3–4 veces por semana

☐ Ocasionalmente

16. ¿Pasa muchas horas sentado/a?

☐ No ☐ Sí

¿Cuántas horas al día aproximadamente? _____ horas

17. Durante su trabajo, principalmente:

- ☐ Permanece sentado/a
 - ☐ Permanece de pie
 - ☐ Camina constantemente
 - ☐ Carga objetos pesados
 - ☐ Realiza movimientos repetitivos
 - ☐ Maneja durante muchas horas
 - ☐ Otro: _____
-

VIII. IMPACTO EN LA VIDA DIARIA

18. El dolor de espalda afecta alguna de las siguientes actividades:

- ☐ Trabajo
- ☐ Sueño
- ☐ Caminar
- ☐ Estar sentado/a
- ☐ Estar de pie
- ☐ Subir o bajar escaleras
- ☐ Manejar
- ☐ Agacharse
- ☐ Levantar objetos
- ☐ Hacer ejercicio
- ☐ Actividades domésticas
- ☐ Estado de ánimo
- ☐ Vida social
- ☐ Ninguna
- ☐ Otro: _____

19. ¿Qué nivel de limitación le produce actualmente?

- ☐ Leve
- ☐ Moderado
- ☐ Severo

Esta sección conserva la evaluación funcional de su cuestionario original, que incluye trabajo, sueño, caminar, levantar objetos, ejercicio y actividades domésticas.

IX. SIGNOS DE ALERTA

20. ¿Presenta actualmente alguno de los siguientes síntomas o antecedentes?

- ☐ Fiebre sin causa aparente
 - ☐ Pérdida de peso inexplicable
 - ☐ Dolor muy intenso después de una caída o accidente
 - ☐ Dolor nocturno intenso que no mejora al cambiar de posición
 - ☐ Debilidad progresiva en una o ambas piernas
 - ☐ Pérdida importante de sensibilidad en una o ambas piernas
 - ☐ Pérdida de sensibilidad en la zona genital o entre las piernas
 - ☐ Dificultad para controlar la orina
 - ☐ Dificultad para controlar las deposiciones
 - ☐ Antecedente de cáncer
 - ☐ Ninguno de los anteriores
-

X. EXPECTATIVA DEL PACIENTE

21. ¿Qué espera lograr principalmente con el tratamiento?

- ☐ Disminuir el dolor
- ☐ Mejorar la movilidad
- ☐ Disminuir la rigidez
- ☐ Poder trabajar normalmente
- ☐ Caminar mejor
- ☐ Dormir mejor



- ☐ Volver a hacer ejercicio
- ☐ Mejorar sus actividades diarias
- ☐ Reducir el uso de medicamentos
- ☐ Evitar que el problema vuelva a aparecer
- ☐ Otro: _____

Comentario adicional del paciente:
