

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DEL DOLOR DE RODILLA

Nombre y apellidos: _____

Edad: _____ años **Sexo:** ☐ Masculino ☐ Femenino

Ocupación: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

I. INFORMACIÓN GENERAL

1. ¿En qué rodilla presenta dolor?

☐ Izquierda ☐ Derecha ☐ Ambas

2. ¿Desde hace cuánto tiempo presenta el dolor?

☐ Menos de 1 semana

☐ 1–4 semanas

☐ 1–3 meses

☐ 3–6 meses

☐ Más de 6 meses

☐ _____ años

3. ¿Cómo comenzó el dolor?

☐ De forma repentina

☐ De forma gradual

☐ Después de una caída o golpe

☐ Después de una torcedura

☐ Después de hacer ejercicio

☐ Después de caminar o permanecer de pie por mucho tiempo

☐ Sin causa aparente

☐ Otro: _____

II. CARACTERÍSTICAS DEL DOLOR

4. ¿Dónde se localiza principalmente el dolor?

☐ Parte anterior de la rodilla

☐ Alrededor de la rótula

☐ Parte interna de la rodilla

- ☐ Parte externa de la rodilla
- ☐ Parte posterior de la rodilla
- ☐ En toda la rodilla
- ☐ Es difícil precisar el lugar

5. Intensidad del dolor (0–10):

0 = sin dolor / 10 = dolor insoportable

Dolor actual: ____ / 10

Dolor máximo: ____ / 10

6. ¿Cómo describiría el dolor?

- ☐ Dolor sordo
- ☐ Sensación de presión o distensión
- ☐ Dolor punzante
- ☐ Ardor
- ☐ Dolor pulsátil
- ☐ Dolor profundo
- ☐ Sensación de tirón
- ☐ Otro: _____

7. ¿En qué momento suele sentir más dolor?

- ☐ En la mañana
- ☐ En la tarde
- ☐ En la noche
- ☐ Durante la noche mientras duerme
- ☐ Al levantarse por la mañana
- ☐ Sin horario definido

III. RELACIÓN DEL DOLOR CON LA ACTIVIDAD

8. ¿Qué actividades aumentan el dolor?

- ☐ Caminar
- ☐ Permanecer de pie por mucho tiempo
- ☐ Subir escaleras

- ☐ Bajar escaleras
- ☐ Ponerse en cuclillas
- ☐ Levantarse después de estar en cuclillas
- ☐ Levantarse de una silla
- ☐ Correr
- ☐ Saltar
- ☐ Arrodillarse
- ☐ Levantarse después de estar sentado por mucho tiempo
- ☐ Flexionar la rodilla
- ☐ Estirar completamente la rodilla
- ☐ Otro: _____

9. ¿Qué disminuye el dolor?

- ☐ Reposo
 - ☐ Mejora después de moverse
 - ☐ Aplicación de calor
 - ☐ Aplicación de frío
 - ☐ Masaje
 - ☐ Analgésicos o antiinflamatorios
 - ☐ Nada lo alivia claramente
 - ☐ Otro: _____
-

IV. SÍNTOMAS ASOCIADOS

10. ¿Presenta alguno de los siguientes síntomas?

- ☐ Hinchazón de la rodilla
- ☐ Sensación de calor local
- ☐ Enrojecimiento
- ☐ Rigidez de la rodilla
- ☐ Rigidez al levantarse por la mañana
- ☐ Rigidez al levantarse después de estar sentado
- ☐ Chasquidos, crujidos o sensación de roce al mover la rodilla
- ☐ Sensación de que la rodilla se queda trabada
- ☐ Sensación de inestabilidad o de que la rodilla “falla”

- ☐ Dificultad para flexionar completamente la rodilla
- ☐ Dificultad para extender completamente la rodilla
- ☐ Ninguno de los anteriores

11. Si presenta rigidez por la mañana, ¿cuánto tiempo dura aproximadamente?

- ☐ Menos de 10 minutos
- ☐ 10–30 minutos
- ☐ 30–60 minutos
- ☐ Más de 1 hora
- ☐ No presenta rigidez matutina

12. ¿El dolor afecta alguna de las siguientes actividades?

- ☐ Caminar normalmente
- ☐ Subir o bajar escaleras
- ☐ Trabajar
- ☐ Hacer ejercicio
- ☐ Dormir
- ☐ Actividades de la vida diaria
- ☐ No afecta significativamente mis actividades

V. ANTECEDENTES DE LESIONES Y ENFERMEDADES

13. ¿Ha sufrido anteriormente alguna lesión en esta rodilla?

- ☐ No
- ☐ Sí. Fecha aproximada: _____

¿Cómo ocurrió?

14. ¿Alguna vez le han diagnosticado alguna de las siguientes condiciones?

- ☐ Artrosis / osteoartritis de rodilla
- ☐ Lesión de menisco
- ☐ Lesión de ligamentos
- ☐ Problemas de rótula
- ☐ Bursitis

- ☐ Gota
- ☐ Artritis reumatoide
- ☐ Otro: _____
- ☐ Nunca he recibido un diagnóstico específico

15. ¿Se ha realizado algún examen relacionado con este problema?

- ☐ Radiografía
- ☐ Ecografía
- ☐ Tomografía
- ☐ Resonancia magnética
- ☐ Análisis de sangre
- ☐ Ninguno

Resultado o diagnóstico conocido:

16. ¿Qué tratamientos ha recibido anteriormente?

- ☐ Medicamentos
- ☐ Infiltraciones
- ☐ Terapia física / fisioterapia
- ☐ Acupuntura
- ☐ Masajes
- ☐ Cirugía
- ☐ Otro: _____

Resultado del tratamiento:

- ☐ Mejoró considerablemente
 - ☐ Mejoró parcialmente
 - ☐ Sin mejoría significativa
 - ☐ Empeoró
-

VI. OTRAS CONDICIONES IMPORTANTES

17. Recientemente, ¿ha presentado alguno de los siguientes síntomas?

- ☐ Fiebre
- ☐ Pérdida de peso sin causa aparente
- ☐ Dolor o inflamación en otras articulaciones
- ☐ Infección reciente
- ☐ Ninguno de los anteriores

18. ¿Tiene alguna de las siguientes condiciones o antecedentes?

- ☐ Diabetes
 - ☐ Hipertensión arterial
 - ☐ Enfermedad cardíaca
 - ☐ Gota / ácido úrico elevado
 - ☐ Enfermedad reumática o autoinmune
 - ☐ Osteoporosis
 - ☐ Otro: _____
-

VII. EVALUACIÓN DEL PROFESIONAL

Observación:

- ☐ Hinchazón ☐ Enrojecimiento ☐ Deformidad
- ☐ Atrofia muscular ☐ Alteración de la marcha

Zona de dolor a la palpación:

- ☐ Alrededor de la rótula
- ☐ Línea articular interna
- ☐ Línea articular externa
- ☐ Tendón rotuliano
- ☐ Región de la pata de ganso
- ☐ Región poplítea
- ☐ Otro: _____

Rango de movimiento:

Flexión: _____°

Extensión: _____°

Pruebas especiales:

- ☐ Prueba de compresión / movilidad rotuliana
- ☐ McMurray
- ☐ Apley
- ☐ Lachman
- ☐ Cajón anterior
- ☐ Cajón posterior
- ☐ Estrés en varo
- ☐ Estrés en valgo
- ☐ Otro: _____

Impresión clínica:

Recomendaciones / Plan de tratamiento:

VIII. DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO Y RESPONSABILIDAD

Declaro que la información proporcionada en este cuestionario es verdadera y completa según mi conocimiento, y me comprometo a informar al profesional de salud sobre cualquier enfermedad, antecedente médico, medicamento, alergia, embarazo, cirugía, lesión u otra condición relevante para mi atención.

Entiendo que este cuestionario forma parte de la evaluación clínica y que, por sí solo, no constituye un diagnóstico médico definitivo. Dependiendo de los hallazgos, puede ser necesario realizar exámenes complementarios o ser evaluado por otro profesional o especialista.

Declaro que acepto **voluntariamente** recibir la evaluación y el tratamiento propuesto, después de haber tenido la oportunidad de comunicar mis dudas y recibir las explicaciones correspondientes.

Entiendo que la respuesta al tratamiento puede variar de una persona a otra y que **no se puede garantizar un resultado específico, una curación completa ni un tiempo exacto de recuperación.**

Asimismo, me comprometo a comunicar inmediatamente cualquier reacción inesperada, aumento importante del dolor o cambio significativo en mi estado de salud durante el tratamiento.

Con mi firma, declaro haber leído y comprendido la información anterior y otorgo voluntariamente mi consentimiento para la evaluación y tratamiento.

Nombre del paciente: _____

DNI / CE / Pasaporte: _____

Firma: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

Nombre del profesional: _____

Firma: _____