



Lakemont Medical Center, 7499 Old Hwy. 441 South, Lakemont, GA 30552
Phone: 706-782-0770 Fax: 706-782-1091

ESPINA DORSAL

Nombre _____ Fecha _____

Edad _____ Peso _____

Área de la espina dorsal que se explorará: (por favor círculo) CERVICAL, TORÁCICO, LUMBAR

Dé por favor una breve descripción de sus síntomas relacionados con el área que se explorará:

Dolor De Cuello: izquierdo __ derecho __ Dolor Del Brazo: izquierdo __ derecho __

Dolor De Espalda: izquierdo __ derecho __ Dolor De la Pierna: izquierdo __ derecho __

El zumbido: izquierdo __ derecho __ Debilidad: izquierdo __ derecho __

¿Cuanto tiempo usted ha tenido estos síntomas? _____

¿El inicio de sus síntomas fue relacionado con lesión? _____

¿El inicio de sus síntomas fue relacionado con el trabajo o el trabajo? _____

¿Incontinencia (pérdida de control del intestino o de la vejiga)? _____

¿Usted tiene historia del cáncer? ____ de Si ____ No

¿Si sí, qué tipo y cuando? _____

¿Si sí, usted ha recibido radioterapia? ____ de Si ____ No Cuando? _____

¿Usted ha tenido cirugía en su espina dorsal? Si ____ No ____

Si sí, indique qué nivel (si está sabido) _____ Cuando? _____

¿La cirugía ayudó a sus síntomas? _____

Exploraciones anteriores (para el área que es explorada hoy):

CT	Si ____ No ____ Cuando _____	Donde _____
MRI	Si ____ No ____ Cuando _____	Donde _____
X-ray	Si ____ No ____ Cuando _____	Donde _____
Myelograms	Si ____ No ____ Cuando _____	Donde _____
Bone Scans	Si ____ No ____ Cuando _____	Donde _____

Technologist: _____