

## CUESTIONARIO PATOLOGÍA OSTEOMUSCULAR

Se solicita que el diligenciamiento del cuestionario sea por el cliente  
Favor adjuntar historia clínica de la EPS menor a 6 meses

Nombre:	Documento:	Edad:	Peso: (en Kg)	Talla: (en cms)
1. Informe diagnóstico				
Amputación <input type="checkbox"/>	Esguince <input type="checkbox"/>	Espolón calcáneo <input type="checkbox"/>	Hernia dorsal <input type="checkbox"/>	Lesión ligamentaria <input type="checkbox"/>
Artritis <input type="checkbox"/>	Epicondilitis <input type="checkbox"/>	Espondilitis anquilosante <input type="checkbox"/>	Hernia lumbar <input type="checkbox"/>	Osteoartritis <input type="checkbox"/>
Artrosis <input type="checkbox"/>	Escoliosis <input type="checkbox"/>	Hernia cervical <input type="checkbox"/>	Hernia sacra <input type="checkbox"/>	Osteomielitis <input type="checkbox"/>
			Reemplazos articulares <input type="checkbox"/>	Patología de columna <input type="checkbox"/>
			Síndrome del túnel del carpo <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>
			Tendinitis <input type="checkbox"/>	
2. Informe tratamiento: Medicamentos con nombre y dosis o cirugía				
3. ¿Como consecuencia de la enfermedad ha tenido?				
a. Disminución de la capacidad física	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		
b. Algún tipo de invalidez	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		
c. Ha requerido valoración por medicina laboral	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		
4. Indique el número de incapacidad durante el último año				
5. Estado actual de la patología				
Observación <input type="checkbox"/>	Recuperación <input type="checkbox"/>			
Tratamiento con terapia o medicamentos <input type="checkbox"/>	Secuelas <input type="checkbox"/>			
6. Incluya cualquier información adicional que considere relevante respecto al antecedente objeto de este cuestionario				
<b>LUGAR Y FECHA</b>				
	Día	Mes	Año	<b>FIRMA Y REGISTRO MÉDICO</b>