

Formulario para Estudios de Rodillas

Marque con una "X" la opción que corresponda y complete por favor, los ítems solicitados. Es importante contar con el máximo de información posible.

Gracias

-Fecha:...../...../.....
-Nombre completo:.....
- C.I. u otro:.....

-Indique en que rodilla se le realizará el estudio: Derecha Izquierda

-Dolor en : Cara interna Cara externa

Cara posterior Cara anterior

-Crujidos: Si No

-Trauma smo: Si No

Directo (golpe, accidente o impacto en rodilla afectada)

Indirecto (rotación de rodilla)

-Bloqueo: Si No

Al exionar Al extender

-Operado de meniscos: Si No Interno Externo

-Operado de meniscos: De que rodillaCuanto empo hace.....

-Operado de ligamentos cruzados: Si No

Anterior Posterior

-Operado de ligamentos cruzados: De que rodilla

Cuanto tiempo hace.....

-Artroscopía u otra cirugía: Si No

De que rodilla..... Cuanto empo hace.....

-Rodilla inestable, dolor u otros síntomas luego de la cirugía, especifique:
.....

-Proporciona estudios anteriores: Si No

Firma:.....