

## Demografía – Cuestionario para el Participante

PARA LA OFICINA: Study ID: \_\_\_\_\_ Date of Visit (mm/dd/yyyy): \_\_\_\_\_

**Por favor, conteste las siguientes preguntas. Gracias por su participación.**

1. ¿Cuál es su género?
- Femenino
  - Masculino
2. ¿Con que grupo étnico se identifica usted primordialmente?
- Descendencia africana o afroamericano
  - Asiático
  - Caucásico
  - Hispano
  - Otro: \_\_\_\_\_
  - Prefiere no contestar

### Historial de tratamiento

3. ¿Cuál es la razón principal por la cual busca atención médica?  
*Por favor, solo escoja una.*
- Dolor
  - Cojera
  - Ambos, dolor y cojera
  - Hallazgo casual
  - Otro: \_\_\_\_\_

4. Antes de la visita de hoy, ¿cuantos médicos u otros proveedores de atención médica le han atendido por este problema?  
Esto incluye el doctor primario, visitas a la sala de emergencias, atención urgente, etc.

*Por favor, proporcione un número: \_\_\_\_\_*

5. Antes de la visita de hoy, ¿había usted consultado con algunos de los siguientes proveedores por este problema?  
*Marque todos los que apliquen.*

- Quiropráctico
- Sala de emergencia
- Asistente médico
- Doctor Primario
- Enfermera de practica avanzada
- Otro: \_\_\_\_\_

6. Antes de la visita de hoy, ¿con cuántos cirujanos de ortopedia había consultado para este problema?

*Proporcione un número: \_\_\_\_\_*

7. ¿Cuáles fueron los primeros síntomas que tuvo?  
*Marque todos que apliquen.*

- Dolor de glúteos
- Dolor de ingle
- Dolor de cadera
- Dolor de rodilla
- Cojera
- Rigidez
- Dolor de muslo
- Otro: \_\_\_\_\_

8. ¿Qué tipo de estudios radiológicos se le habían tomado **antes** de haberse hecho un diagnostico?  
*Marque las que apliquen.*

- radiografía de cadera
- radiografía de rodilla
- otro: \_\_\_\_\_
- resonancia de cadera
- resonancia de rodilla

9. ¿Cuáles tratamientos **no quirúrgicos** para Perthes ha tenido?  
*Marque todos que apliquen.*

- Ningún otro tratamiento
- Uso de corsé
- Enyesado
- Otro: \_\_\_\_\_
- Fisioterapia
- Actividad restringida
- Soporte de peso protegido

10. ¿Ha tenido alguna cirugía o tratamiento anteriormente en su cadera afectada?

o No → Continuar al 11

o Si → ¿Cuáles de las siguientes cirugías o tratamientos se realizaron en su cadera afectada? Marque todos los que apliquen.

- Osteotomía femoral
- Osteotomía pélvica
- Osteotomía de acetábulo con técnica shelf
- Tejido blando (alargamiento de músculo/tendón)
- Otro: Por favor, describe \_\_\_\_\_

### Historial de actividad física

Para las siguientes cuatro preguntas, piense en su nivel de actividad de 1 a 3 meses **ANTES** del inicio de los síntomas de Perthes.

11. **Solo** participé en actividades sedentarias 1 a 3 meses **antes** del inicio de los síntomas de Perthes (por ejemplo: ver televisión, leer, video juegos).

o Sí → Continuar al 15

o No → Continuar al siguiente

12. Participé en **deportes de impacto** 1 a 3 meses **antes** del inicio de los síntomas de Perthes (ej.: correr, baloncesto, fútbol).

Seleccione una respuesta.

- Regularmente (casi diariamente)
- A veces (una o dos veces por semana)
- Raramente (menos de una vez por semana)
- Nunca/ incapaz

13. Participé en **deportes de bajo impacto** 1 a 3 meses **antes** del inicio de los síntomas de Perthes (ej.: ciclismo, natación).

Seleccione una respuesta.

- Regularmente (casi diariamente)
- A veces (una o dos veces por semana)
- Raramente (menos de una vez por semana)
- Nunca/incapaz

14. Participé en **actividades leves** 1 a 3 meses **antes** del inicio de los síntomas de Perthes (ej.: clase de educación física, tareas ligeras en el hogar, jugar al aire libre).

Seleccione una respuesta.

- Regularmente (casi diariamente)
- A veces (una o dos veces por semana)
- Raramente (menos de una vez por semana)
- Nunca/ incapaz

### Antecedentes personales

15. ¿Se le ha diagnosticado alguna de las siguientes condiciones? Marque todas las que apliquen.

- Anemia
- Asma
- Hiperactividad o TDAH (Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad)  
Si es que sí, ¿toma medicina para TDAH?     No     Sí
- No tengo ninguna de estas condiciones médicas
- ¿Cuáles condiciones médicas ha tenido? \_\_\_\_\_

16. ¿Ha tenido algún problema con el corazón, pulmón, riñón, cerebro, vejiga y/o intestino?

o No

o Sí → Si la respuesta es sí, con cuál de estos tuvo problema y brevemente describa la condición:

**Ejemplo: Corazón - cardiomiopatía**

## Antecedentes familiares

17. ¿Existe un antecedente familiar de alguna de las siguientes condiciones?

- TDAH (Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad)
- Trastorno de la coagulación (coágulos sanguíneos)
- Afección de la cadera que requirió cirugía o reemplazo de cadera
- Perthes
- Ninguna
- Otra

Para todas las condiciones que indique, por favor identifique el miembro(s) de la familia (por ejemplo, madre, hermano, abuelo, etc) que haya tenido o tiene la condición.

**Ejemplo: Perthes – abuelo paterno**

18. ¿Algún miembro del hogar es o fue fumador?

- No
- Sí → por favor indique quien y cuanto fuma \_\_\_\_\_  
(Por ejemplo: abuelo materno, 1 paquete por día)  
1 paquete = 12 cigarrillos

19. ¿En su hogar, cual es el nivel educativo más alto obtenido?

*Seleccione una respuesta.*

- Menos de preparatoria (*menos de 8 años de escuela*)
- Graduado de preparatoria (*12 años de escuela*)
- Algunos cursos universitarios (*ej.: asociado o experiencia técnica*)
- Título universitario
- Título de posgrado (*ej.: medico, abogado, profesor*)

**Final del cuestionario. ¡Gracias por su participación!**

