

## Información personal

Apellidos: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

## Datos de implantación

Fecha Impantación: \_\_\_\_\_

Fecha de  
explantación: \_\_\_\_\_

**Resultados analíticas (ponga los valores máximos)**

Cobalto: \_\_\_\_\_

Cromo: \_\_\_\_\_

## Daños

### SISTEMA OSEO/ARTICULAR

- |   |              |
|---|--------------|
| <input type="checkbox"/> Reuma                | Dónde: _____ |
| <input type="checkbox"/> Osteoporosis         | Dónde: _____ |
| <input type="checkbox"/> Chasquido articular  | Dónde: _____ |
| <input type="checkbox"/> Herniación           | Dónde: _____ |
| <input type="checkbox"/> Osteo-necrosis       | Dónde: _____ |
| <input type="checkbox"/> Calcificación        | Dónde: _____ |
| <input type="checkbox"/> Descalcificación     | Dónde: _____ |
| <input type="checkbox"/> Dolor articular      | Dónde: _____ |
| <input type="checkbox"/> Quiste/ tumor oseo   | Dónde: _____ |
| <input type="checkbox"/> Derrame sinovial     | Dónde: _____ |
| <input type="checkbox"/> Derrame articular    | Dónde: _____ |
| <input type="checkbox"/> Entumecimiento       | Dónde: _____ |
| <input type="checkbox"/> Limitación movilidad | Dónde: _____ |
| <input type="checkbox"/> Impotencia Funcional | Dónde: _____ |
| <input type="checkbox"/> Hormigueo            | Dónde: _____ |
| <input type="checkbox"/> Calambres            | Dónde: _____ |
| <input type="checkbox"/> Temblores            | Dónde: _____ |
| <input type="checkbox"/> Sobrecarga muscular  | Dónde: _____ |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de fuerza    | Dónde: _____ |



## SISTEMA INMUNE

**Alteración tiroideas:**  Hipotiroidismo  Hipertiroidismo

- Infecciones  Inf. vesicular biliar  Inf. Urinaria  
 Inf. Prótesis  Inf. Abdominal

Otros: \_\_\_\_\_

## SISTEMA AUDITIVO

Pérdida de audición

Otros: \_\_\_\_\_

## SISTEMA DIGESTIVO

- Estreñimiento  Diarrea  Sangrado  
 Hernia de hiato  Cólicos  Hemorroides  
 Dificultad para deglutir. (tragar)  Inflamación vientre  Molestias digestivas

## ESTADO GENERAL

**Pérdida de fuerza:**  Extremidades superiores  Extremidades inferiores

- Cansancio  Disnea (Dificultad para respirar)  Decaimiento  
 Fiebre recurrente  Hipotermia (sensación de frío)  Insomnio  
 Alteraciones páncreas  Alteraciones vesícula biliar

## DERMATOLOGÍA MUCOSAS

- Alergia Defina tipo: \_\_\_\_\_  
 Quemazón/Escozor Dónde: \_\_\_\_\_  
 Manchas en la piel Dónde: \_\_\_\_\_  
 Picor Dónde: \_\_\_\_\_  
 Infección en la piel Dónde: \_\_\_\_\_  
 Descamación piel  Conjuntivitis  Ulceras  
 Pérdida pelo  Angioedema  Rinitis

Otros: \_\_\_\_\_

## NEFROLOGÍA (RIÑÓN)

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia renal    | <input type="checkbox"/> Tumor riñones (quistes) | <input type="checkbox"/> Cólico Renal    |
| <input type="checkbox"/> Piedras/arena en riñón | <input type="checkbox"/> Cistitis                | <input type="checkbox"/> Infección Orina |
| <input type="checkbox"/> Problemas próstata     |  |  |

## HIGADO

- Alteraciones Hepáticas    Defina cual: \_\_\_\_\_

## SISTEMA CARDIOVASCULAR

- Tensión alta (HTA)  
 Taquicardia  
 Infarto

Otras: \_\_\_\_\_

## TUMORES:

- |                                     |               |       |
|-------------------------------------|---------------|-------|
| <input type="checkbox"/> Quistes    | Indique dónde | _____ |
| <input type="checkbox"/> Tumoración | Indique dónde | _____ |
| <input type="checkbox"/> Cáncer     | Indique tipo: | _____ |

## OTROS

- |                                   |                                 |  |                                     |
|-----------------------------------|---------------------------------|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Vértigos | <input type="checkbox"/> Mareos | <input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza | <input type="checkbox"/> Meningioma |
|-----------------------------------|---------------------------------|--|-------------------------------------|

OTROS PROBLEMAS