



**GHITTERMAN, GHITTERMAN & FELD**  
ATTORNEYS AT LAW

418 EAST CANON PERDIDO STREET  
SANTA BARBARA, CALIFORNIA 93101  
TELEPHONE (805) 965-4540  
FACSIMILE (805) 965-5009  
e-mail workcomp@ghitterman.com

ALLAN S. GHITTERMAN (1924-2018)  
RUSSELL R. GHITTERMAN\*  
BENJAMIN P. FELD\*  
JAN ERIC KAESTNER  
JILL A. SINGER\*  
CELESTE C. TORRES  
VALARIE C. GROSSMAN  
RANCHAELA H. WARD\*\*

\*Certified specialist, workers' compensation  
The State Bar of California Legal Specialists  
\*\*Admitted to practice in Louisiana only

HEARING REPRESENTATIVES  
ARMANDO DI FILIPPO  
ALICIA LIERA RODRIGUEZ  
FRANCISCO RODRIGUEZ

## Cuestionario - SIBTF

Nombre del paciente:		Fecha de nacimiento:	
Dirección:		Número de Seguro Social:	
Teléfono:		¿Usted está trabajando actualmente?	
Género:		Estatura:	
Nombre del intérprete:		Peso:	
Fecha de hoy:		Attorney:	Ghitlerman, Ghitlerman, & Feld

Por favor responda las preguntas a continuación y coloque una X en la columna **Y** (Sí), para las siguientes condiciones.

**¿Ha tenido o tiene estas condiciones? En caso afirmativo, indique también la fecha de inicio.**

<b>Respiratorio – Pulmones:</b>	<b>Y</b>	<b>Fecha de inicio</b>	<b>Psicológico:</b>	<b>Y</b>	<b>Fecha de inicio</b>
Tos crónica			Estrés		
Bronquitis			Depresión		
Asma			Ansiedad		
EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica)			Ataques de pánico		
Sibilancias/Sibilante			Estrés postraumático (PTSD)		
Neumonía			Episodios de llanto		
Tuberculosis			Preocupación o sentirse desesperanzado		
Enfisema			Pensamientos suicidas		
Cáncer de pulmón			Fobias - miedo a las cosas		
Dificultad al respirar			Pérdida de autocontrol		

Respiración agitada			Arrebatos emocionales: ira		
Fumar cigarrillos / pipa / masticar tabaco			Dificultad para dormir		
Coagulo de sanguíneo			Temeroso del futuro		
Apnea del sueño: deja de respirar			Pérdida de memoria		
Fibrosis quística			Pérdida de concentración		
Exceso de esputo / saliva			Dificultades de aprendizaje		
Toser / escupir sangre			Clases de educación especial		
Partículas inhaladas / problema pulmonar			Dislexia		
Otro:			Dificultad para razonar		
<b>Piel:</b>			ADD/ADHD		
Prurito – picazón - rascado			Otro:		
Cicatrices			<b>Sangre:</b>		
Injertos de piel			Anemia		
Alergia a los guantes de látex			Enfermedad del bazo		
Cáncer de piel			Transfusión de sangre		
Quemaduras			Sangra con facilidad		
Dermatitis -ronchas			Moretones con facilidad		
Decoloración / cambios de pigmento			Leucemia		
Psoriasis - eczema			Trastorno de glóbulos rojos / blancos		
Otro:			Otro:		
<b>Otras condiciones no enumeradas:</b>					

Responda las preguntas a continuación y coloque una X en la columna Y (Sí), para las siguientes condiciones.

**¿Ha tenido o tiene estas condiciones? En caso afirmativo, indique también la fecha de inicio.**

<b>Endocrino – glandular:</b>	<u>Y</u>	Fecha de inicio	<b>Gastrointestinal-Digestivo:</b>	<u>Y</u>	Fecha de inicio
Diabetes mellitus - Tipo 1			ERGE (Enfermedad por reflujo gastroesofágico)		
Diabetes mellitus - Tipo 2			Enfermedad del esófago		
Tomando insulina - diabetes			El esófago de Barrett		
Enfermedad de tiroides			Acidez		

Enfermedad de paratiroides			Hinchazón		
Sed excesiva			Náusea		
Deficiencia de testosterona			Vómitos		
Enfermedad suprarrenal			Dolor de estómago		
Enfermedad testicular			Dolor de estómago - tomando medicamentos		
Enfermedad de la glándula mamaria			Síndrome del intestino irritable (SII)		
Enfermedad pancreática			Enfermedad de Chron		
Otro:			Colitis		
			Úlcera		
<b>Sistema Urinario:</b>			Gastritis		
Micción (orina) excesivo			Indigestión		
Micción (orina) inesperado			Hernia		
Dificultad para orinar			Masa abdominal / protruberancia abdominal		
Enfermedad de la próstata			Sangrado rectal		
Enfermedad renal / cálculos renales			Hemorroides		
Enfermedad de la vejiga - infección			Excremento con sangre		
Sangre en la orina			Excremento negro		
Otro:			Cambio en los hábitos intestinales		
			Estreñimiento		
<b>Oídos – Nariz – Garganta – Boca:</b>			Diarrea		
Pérdida de la audición			Síndrome de malabsorción		
Tinnitus (zumbido en los oídos)			Bloqueo intestinal		
Audífonos			Pólipos		
Alergias / fiebre del heno			Diverticulosis / diverticulitis		
Congestión			Obesidad		
Sequedad bucal crónica			Aumento de peso reciente		
Moqueo Nasal			Pérdida de peso reciente		
Sinusitis: infecciones de los senos paranasales			Absceso perirrectal		
Dificultad respiratoria			Colonoscopia		
Tabique nasal desviado			Hepatitis		

Trastorno facial (desfiguración)			Enfermedad del hígado / vesícula biliar		
Dieta limitada: alimentos blandos / líquidos			Cálculos biliares		
Dificultad para masticar			Otro:		
Problema de TMJ (articulación temporomandibular): chasquido y / o dolor					
Dificultad para hablar / ronquera			<b>Disfunción Sexual:</b>		
Problemas dentales			Disfunción sexual		
Otro:			Disfunción eréctil		
<b>Otras condiciones no enumeradas:</b>					

Responda las preguntas a continuación y coloque una X en la columna Y (Sí), para las siguientes condiciones.

**¿Ha tenido o tiene estas condiciones? En caso afirmativo, indique también la fecha de inicio.**

<b>Cardiovascular - Corazón:</b>	<u>Y</u>	Fecha de inicio	<b>Visión:</b>	<u>Y</u>	Fecha de inicio
Ataque al corazón			Disminución de la visión		
Enfermedad valvular			Visión borrosa		
Reemplazo de válvula			Lentes		
Marcapasos			Lentes de contacto		
Presión alta (hipertensión)			Glaucoma		
Latido acelerado			Astigmatismo		
Dolor o presión en el pecho / mandíbula / brazo			Retinopatía diabética		
Soplo cardíaco			Abrasión de la córnea		
Angina de pecho			Cataratas		
Palpitaciones - corazón palpitante			Retina desprendida / desgarrada		
Insuficiencia cardíaca congestiva			Inflamación de ojos / párpados		
Defecto/enfermedad cardíaca			Ojos secos		
Arteriopatía coronaria			Degeneración macular		
Arritmia - AFib			Otro:		
Enfermedad cardíaca pericárdica					

Coágulo de sangre			<b>Artritis:</b>		
Trombosis venosa profunda (TVP)			Osteoartritis		
Enfermedad vascular			Reumatoide		
Enfermedad aórtica			Lupus		
Inflamación en las piernas			Gota		
Otro:			Soriasis		
			Otro:		
<b>Fracturas:</b>					
Extremidad superior			<b>General:</b>		
Extremidad baja			Cirugías		
Torso - costillas - pecho			Hospitalización		
Pelvis			ETS - enfermedad venérea		
Columna vertebral			HIV/SIDA		
Cráneo - cara			Epilepsia		
Otro:			Convulsiones		
			Desmayo		
<b>Dolores de cabeza:</b>			Ataque cerebral		
Migraña			TIA (mini ataque cerebral)		
Cafalea en racimo (dolor severo recurrente).			Cáncer		
Cervical - tensión muscular			Problemas de huesos		
Posttraumático			Problemas articulares		
Menopáusico			Problemas musculares		
Sinusal			Amputaciones		
Estrés			Parálisis		
Rebote de tomar medicamentos			Histerectomía		
Other:			Otro:		
<b>Otras condiciones no enumeradas:</b>					

Si marcó (Si) Y (Sí) en cualquiera de las condiciones anteriores (páginas 1 a 3), responda las preguntas a continuación.

Enumere a continuación los médicos, instalaciones, hospitales, clínicas que lo trataron/evaluaron con la ciudad y la dirección.



En caso afirmativo describa el tratamiento que está recibiendo a continuación:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.

### Información sobre la salud 'antes' de su última lesión laboral

¿Tenía alguna condición, dificultad o problema de salud antes de la lesión laboral?  Sí  No

En caso afirmativo enumere a continuación todas sus afecciones, enfermedades, limitaciones, dificultades o problemas de salud anteriores.

- |    |     |
|----|-----|
| 1. | 7.  |
| 2. | 8.  |
| 3. | 9.  |
| 4. | 10. |
| 5. | 11. |
| 6. | 12. |

¿Algún problema previo con las extremidades superiores o inferiores o con sus ojos?  Sí  No

En caso afirmativo, responda las preguntas a continuación y coloque una X en la columna Y (Sí), con la fecha de inicio.

Condiciones Medicas:	<u>Y</u>	Fecha de inicio	Condiciones Medicas:	<u>Y</u>	Fecha de inicio
Hombro derecho			Cadera derecha		
Hombro izquierdo			Cadera izquierda		
Brazo derecho			Rodilla derecha		
Brazo izquierdo			Rodilla izquierda		
Codo derecho			Pantorrilla derecha - espinilla		
Codo izquierdo			Pantorrilla izquierda - espinilla		
Antebrazo derecho			Tobillo derecho		
Antebrazo izquierdo			Tobillo izquierdo		
Muñeca derecha			Ojo derecho		
Muñeca izquierda			Ojo izquierdo		
Mano derecha - dedos			Pie derecho - dedos del pie		

Mano izquierda - dedos			Pie izquierdo - dedos de los pies		
Ingle derecha			Cadera derecha		
Ingle izquierda			Cadera izquierda		

### Atencion domiciliaria actual

Hielo		Calor		Unidad T.E.N.s		Onda H
Estiramientos - ejercicios		Análisis de sangre		Reposo en cama		Medicamentos
Baño de parafina		Cuidados en el hogar/asistencia médica a domicilio		Calcetines de compresión		Inyecciones
Sin cuidado en el hogar	Otro:					

Describa la atención médica a domicilio que usted esta recibiendo actualmente a continuación.

1.
2.
3.
4.
5.
6.

### Asistencias actuales

Andador Ortopédico		Silla de ruedas		Bastón (s)		Muleta (s)
Escúter		Dentadura postiza		Placa de descanso		Gafas - lentes de contacto
Inclinación de la cama		Marcapasos		Soporte – corsé o aparato ortopedico		Audífonos
Bolsa de colostomía		Dispositivo para dormir		Dispositivo de respiración		Bota – rodillera o aparato ortopédico
Sin asistencias actuales	Otro:					

Describa todas las asistencias que usted utiliza actualmente.

¿Con qué frecuencia se usa?

1.
2.



3.	
4.	

**Medicamentos actuales**

Medicamentos para el dolor	Relajante muscular	Antiinflamatorio	Medicina para dormir
Crema para el dolor	Parche para el dolor	Bomba de morfina	Medicina para el corazón
anticoagulante	Hormonas	Presión Arterial alta	Inhalador
Oxígeno	Estabilizador del estado de ánimo/antidepresivo	Convulsiones	Gotas para los ojos
Antidiarreico	Laxante	Antiácido	Insulina
Sin medicamento actual	Otro:		

Fuente de medicación	Sin receta médica/de venta libre	Prescripción	Ambos
----------------------	----------------------------------	--------------	-------

Enumere los nombres de todos los medicamentos que usted está tomando actualmente.	¿Con qué frecuencia se toma el medicamento?
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	

**Historial de cirugías**

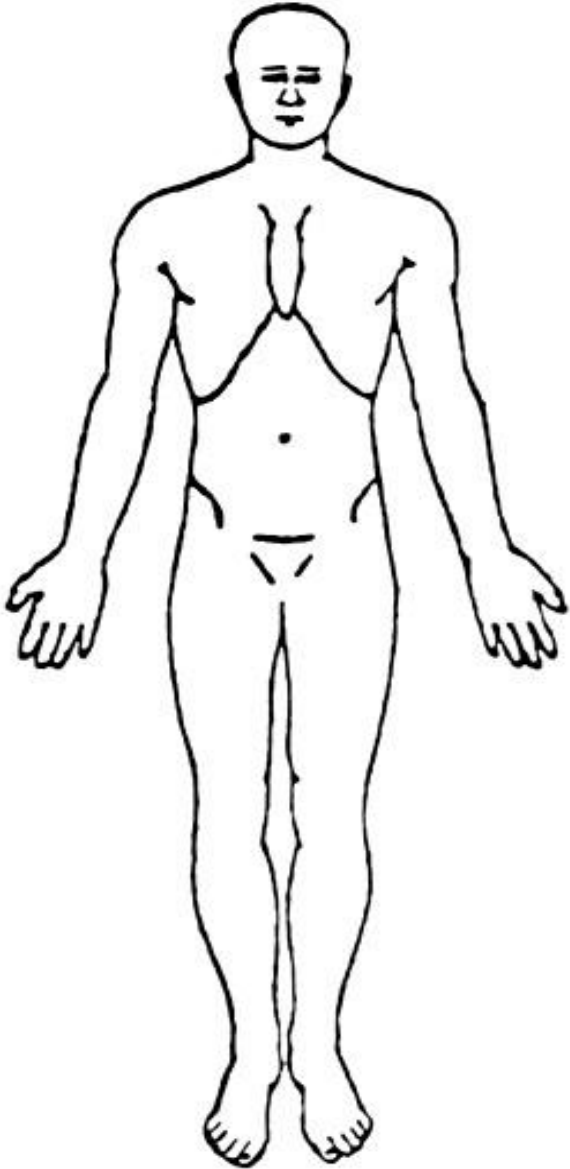
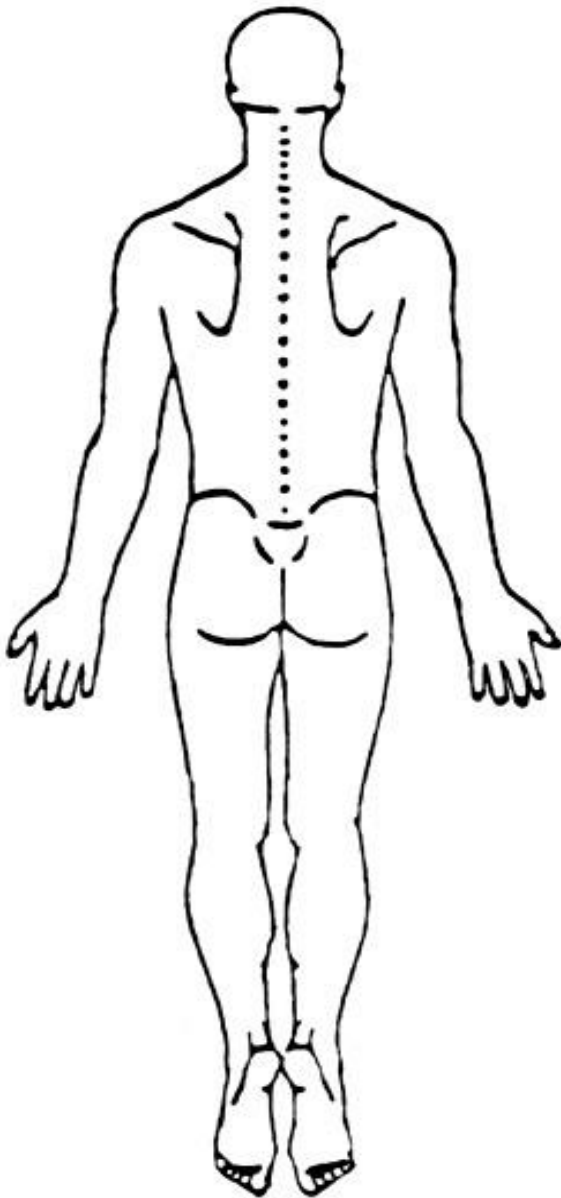
Por favor enumere todas las cirugías.	Fecha en que se realizó la cirugía
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

6.	
7.	

**Diagrama de síntomas**

Marque las áreas de su cuerpo donde tiene síntomas.

**P** = Dolor    **N** = Adormecimiento/ hormigueo    **T** = Sensibilidad    **B** = Ardor    **R** = Dolor que se irradia



Firma del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_