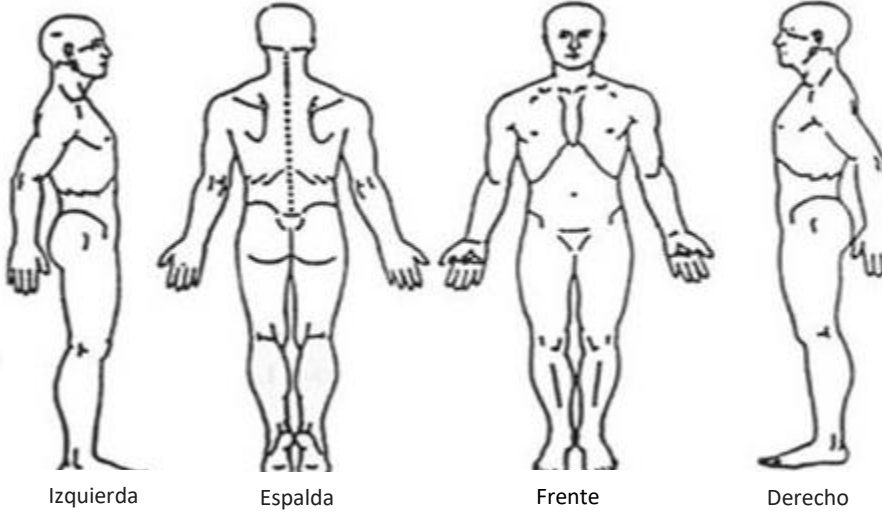


NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ FECHA: _____

Describe brevemente su dolor principal: _____



Por favor marque las áreas con una "X" donde siente su dolor

Cuando / cómo comenzó su dolor originalmente?

- | | | | |
|---|--------------|--|--------------|
| <input type="checkbox"/> En el trabajo | Fecha: _____ | <input type="checkbox"/> Accidente automovilístico | Fecha: _____ |
| <input type="checkbox"/> Después de cirugía | Fecha: _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad | Fecha: _____ |
| <input type="checkbox"/> Dolor justo empezó | Fecha: _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | | Fecha: _____ |

Nivel de dolor hoy: ____/10

Dolor más bajo: ____/10

Peor nivel de dolor: ____/10

Que tan seguido tiene dolor?

- | | | | |
|------------------------------------|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Constante | <input type="checkbox"/> Casi todo el tiempo | <input type="checkbox"/> Ocasionalmente | <input type="checkbox"/> De vez en cuando |
|------------------------------------|--|---|---|

A que horas es cuando su dolor es peor?

- | | | | | |
|---|---------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> No hay tiempo específico | <input type="checkbox"/> En la Mañana | <input type="checkbox"/> Medio día | <input type="checkbox"/> Por la tarde | <input type="checkbox"/> Hora de acostarse |
|---|---------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|--|

Marque las cajitas que mejor describen su dolor:

- | | | | |
|-------------------------------------|---|--------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Entumecido | <input type="checkbox"/> Dispara a otro lugar | <input type="checkbox"/> Irradiando | <input type="checkbox"/> Quemazón |
| <input type="checkbox"/> Agudo | <input type="checkbox"/> Dolor sordo | <input type="checkbox"/> Eléctrico | <input type="checkbox"/> Palpitar |
| <input type="checkbox"/> Palpitante | <input type="checkbox"/> Dolor | <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |

Su dolor a afectado su estado de ánimo NO SI: (describa) _____

Cuál de los siguientes cambia su dolor? (Marque todo lo que aplica)

	Aumenta Dolor	Disminuye Dolor		Aumenta Dolor	Disminuye Dolor		Aumenta Dolor	Disminuye Dolor
Caliente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Agachado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Caminando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Helado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Levantando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estando ocupado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Empujando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Moviéndose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medicamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentado a pararse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Levantarse de la cama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inactividad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acostado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Clima Nublado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tos/estornudo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Agarrando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Retorcimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Algunos de estos síntomas están asociados con su dolor?

<input type="checkbox"/> Debilidad	<input type="checkbox"/> Entumecimiento	<input type="checkbox"/> Vomito/Nausea	<input type="checkbox"/> Cansado/a
<input type="checkbox"/> Incontinencia intestinal	<input type="checkbox"/> Incontinencia del Orín	<input type="checkbox"/> Disfunción sexual	<input type="checkbox"/> Enfado
<input type="checkbox"/> Cambio de color	<input type="checkbox"/> Cambio en temperatura	<input type="checkbox"/> Cambios en las uñas	<input type="checkbox"/> Cambios en el pelo
<input type="checkbox"/> Otro/a: _____			

Dormir:

El dolor a afectado su dormir? Frecuentemente Ocasionalmente Raramente

Cuántas horas duerme en la noche? _____

Tiene problemas para conciliar el dormir? Sí No

Se siente descansado durante el día? Sí No

Su dolor lo despierta durante la noche? Frecuentemente Ocasionalmente Raramente

TRATOS:

Por favor marque cualquiera de los siguientes tratamientos que ha probado y lo útil que fueron:

Modalidad	Muy útil	Algo útil	Nada útil
<input type="checkbox"/> Acupuntura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Chiropractico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Terapia física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Técnica de relajación para controlar el dolor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> El asesoramiento / psicoterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Electro estimulador digital/TENS unit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Terapia de inyección	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Otro/a: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Cuándo usted busco el primer tratamiento para su dolor? _____

Nombrar otros médicos que ha visto para el problema del dolor actual: _____

¿Ha tenido pruebas para evaluar su problema de dolor actual? Si No

<input type="checkbox"/> Rayos X	Fecha: _____	<input type="checkbox"/> Exploracion Osea/Bone scan	Fecha: _____
<input type="checkbox"/> Tomografía computarizada/CT	Fecha: _____	<input type="checkbox"/> Prueba del nervio EMG	Fecha: _____
<input type="checkbox"/> MRI	Fecha: _____	<input type="checkbox"/> Mielografía	Fecha: _____
<input type="checkbox"/> Otro: _____	Fecha: _____		

MEDICAMENTOS: Nombre todos los medicamentos, vitaminas y suplementos que toma actualmente

Medicamentos	Dosis	Frecuencia (ejemplo: 2x por día)

HISTORIA MÉDICA PASADA:

Por favor marque todo lo que corresponda

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Coagulación O Desangrado | <input type="checkbox"/> Hepatitis: _____ | <input type="checkbox"/> Soplo del corazón |
| <input type="checkbox"/> Dolor grave en el pecho | <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar crónica | <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Marcapasos |
| <input type="checkbox"/> Artritis: _____ | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> VIH | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Ritmo irregular | <input type="checkbox"/> Apnea del sueño |
| <input type="checkbox"/> Cáncer: _____ | <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón | <input type="checkbox"/> Daño cerebral |
| <input type="checkbox"/> Cataratas | <input type="checkbox"/> Reflujo | <input type="checkbox"/> Insuficiencia renal/diálisis | <input type="checkbox"/> Úlcera estomacal |
| <input type="checkbox"/> Cirrosis | <input type="checkbox"/> Migrañas | <input type="checkbox"/> Enfermedad de tiroides | |
| <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | |

Antecedentes quirúrgicos:

¿Alguna vez ha tenido alguna cirugía? No Si: En caso afirmativo, indique a continuación:

- Procedimiento: _____ Fecha: _____ Cirujano: _____
- Procedimiento: _____ Fecha: _____ Cirujano: _____
- Procedimiento: _____ Fecha: _____ Cirujano: _____
- Procedimiento: _____ Fecha: _____ Cirujano: _____
- Procedimiento: _____ Fecha: _____ Cirujano: _____

PASADO historial de salud mental:

¿Alguna vez ha tenido ningún tratamiento de salud mental? No Si: _____

¿Está actualmente buscando tratamiento de salud mental?

(Psiquiatra, psicólogo, consejero) No Si (quien/donde): _____

ALERGIAS:

¿Es alérgico a algún medicamento o alimento? No Si: (Indique a continuación)

Si	No	Medicamentos	REACCION	GRAVEDAD(leve/moderado/grave/desconocido)
		Yodo		
		Anestesia		
		Látex		
		Cinta / Adhesivo		
		Jabón		

HISTORIA SOCIAL:

Estado civil: Soltero/a Casado/a Divorciado Separado/a Viudo/a

Situación de vivienda: ¿Quién vive en su hogar? _____

Cuánta cafeína se consume en un día? _____ tazas

EL CONSUMO DE TABACO:

Todos los días fumador actual (# paquetes por día)

Nunca e fumado

Varias veces por día (# de cigarros)

Ex fumador: ¿Cuándo? ____

Mascando tabaco (veces al día)# _____

Cigarro Electronico # _____/día

¿Bebes alcohol? (Vino, cerveza, licor)

No Si: # _____/día/semana/mes

Dejo de fumar? _____

¿Alguna vez has sido un usuario de drogas recreativas o IV?

Nunca Si: Tipo? _____ Cuanto tiempo? _____ Que tan seguido? _____

EMPLEO: Ocupación actual: _____

Situación laboral actual: Tiempo completo Medio tiempo Estudiante Ama de casa

Compensación de trabajo Desempleado Excedencia Desabilitado/a Retirado/a

Si no esta trabajando, cuando fue la ultima vez? _____

¿Volverías a trabajar si tuvieras menos dolor? No Si

Has encontrado que es necesario buscar una acción legal en relación con este problema de dolor? Si No

Nombre del abogado/Dirección: _____

HISTORIA FAMILIAR:

¿Su familia inmediata (padres, hermanos) tienen una historia de:

Trastorno del Espalda No Si Diabetes No Si

Enfermedad de tiroides No Si Daño cerebral No Si

Alta presión No Si Enfermedad del corazón No Si

Cáncer No Si Migrañas No Si

Usted tiene un testamento vital? No Si (Si tiene por favor denos una copia)