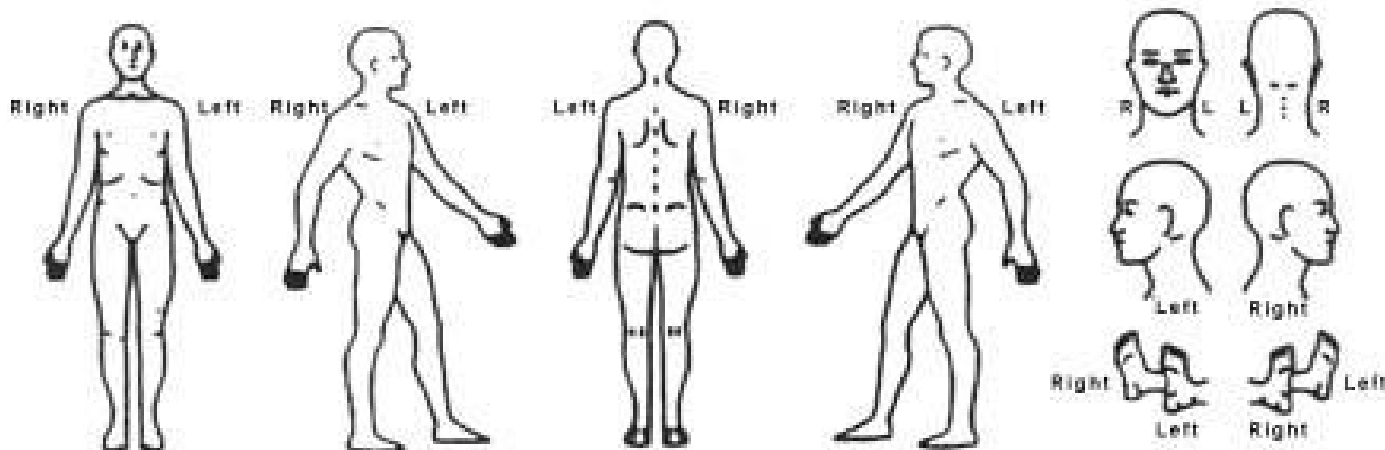


NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ FECHA DE HOY: _____

Describe brevemente tu dolor principal: _____

Use X's para marcar el área donde siente dolor:



¿Originalmente, cuándo comenzó tu dolor?

- | | | | |
|--|--------------|---|--------------|
| <input type="radio"/> En el trabajo | Fecha: _____ | <input type="radio"/> Accidente vehicular | Fecha: _____ |
| <input type="radio"/> Después de cirugía | Fecha: _____ | <input type="radio"/> Enfermedad | Fecha: _____ |
| <input type="radio"/> Comenzó de repente | Fecha: _____ | <input type="radio"/> Otra razón: _____ | Fecha: _____ |

¿Qué causó tu dolor? _____

Nivel de dolor bajo: ___/10

Nivel de dolor mas alto: ___/10

Nivel de dolor hoy: ___/10

¿Con qué frecuencia ocurre tu dolor?

- | | | | |
|---------------------------------|------------------------------------|--|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> Raramente | <input type="radio"/> En ocasiones | <input type="radio"/> Mayoría del tiempo | <input type="radio"/> Constantemente |
|---------------------------------|------------------------------------|--|--------------------------------------|

¿A qué hora empeora tu dolor?

- | | | | |
|---|------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="radio"/> Sin tiempo específico | <input type="radio"/> En la mañana | <input type="radio"/> En la tarde | <input type="radio"/> Por la noche |
|---|------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|

Elige lo que mejor describa tu dolor:

- | | | | |
|--------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Entumecimiento | <input type="radio"/> Dispara | <input type="radio"/> Radiante | <input type="radio"/> Ardiente |
| <input type="radio"/> Agudo | <input type="radio"/> Aburrido | <input type="radio"/> Electrico | <input type="radio"/> Palpitante |
| <input type="radio"/> Golpeteo | <input type="radio"/> Adolorido | <input type="radio"/> Hormigueo | <input type="radio"/> Otra dolor: _____ |

¿El dolor ha afectado tu estado de ánimo?: _____

Indique cualquier síntoma asociado con su dolor:

- Debilidad
- Entumecimiento
- Vómitos/Náuseas
- Fatiga
- Incontinencia intestinal
- Incontinencia urinaria
- Disfunción sexual
- Cambios en el cabello
- Cambio de color
- Cambio de temperatura
- Cambios en las uñas
- Otra siíntoma: _____

¿Cuál de los siguientes aumenta o disminuye su dolor?

	Aumenta	Disminuye	Aumenta	Increases	Disminuye	Aumenta	Increases	Disminuye
Calor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Doblar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Caminar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hielo o frio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Levantamiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Mantenerse ocupado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En pie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Emprendedor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Moviéndose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tensión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Retortijón	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentarse/ Pararse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Leventarse de la cama	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Inactividad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acostado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Clima húmedo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Alcohol	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tos/Estornudo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Agarre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Medicacion	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿El dolor ha afectado tu sueño?

- Generalmente
- En ocasiones
- Raramente

¿Cuántas horas duermes por la noche?

- Menos de 6
- 6 a 10
- Mas de 10

¿Tienes probelmas para conciliar el sueño?

- Generalmente
- En ocasiones
- Raramente

¿Tu dolor te despierta?

- Generalmente
- En ocasiones
- Raramente

Por favor revise cualquiera de los siguientes tratamientos que ha tenido y cómo ha ayudado:

	Poor	Fair	Good	Very Good	Excellent
Acupuntura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quiropráctica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Terapia física	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Biorretroalimentación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asesoramiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psicoterapia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Terapia de inyección	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Unidad TENS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otra: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Cuándo buscó tratamiento para su dolor inicialmente? _____

Indique a otro médico que haya visto para su dolor actual: _____

Alergias: Enumere cualquier alergia, la reacción y la gravedad de la reacción, o marque "No se conocen alergias"

Sin alergias conocidas

Nombre del medicamento	Reacción	Gravedad (leve / moderada / severa)

Historia social:

Estado civil: Soltero/a Casada/o Divorciado/a Apartado/a Viudo/a

Situación de vida: Solo/a Con otros: _____

Consumo de café por día: Ninguna _____ tazas

Estado de fumar: Fumador todos los días – empacador por día _____ Nunca fumé

Algunos días fumador – cigarrillos por semana _____ Ex fumador – Detenido _____

Mascando tabaco – veces por día _____ Cigarrillo electrónico – Times per Day _____

Consumo de alcohol: Nunca _____ bebidas por día / semana / mes Detenido _____

¿Alguna vez ha consumido drogas recreativas o intravenosas, incluida la marihuana medicinal?

Nunca Actual Detenido _____ Tipo _____ Cuánto tiempo? _____ Frecuencia? _____

Empleo: Ocupación actual: _____

Estado de Empleo: Tiempo completo Medio tiempo Estudiante Amo/a de casa

Compensación de trabajadores Desempleados Excedencia Discapacidad Retirado

¿Si no está trabajando actualmente, ¿cuándo trabajó por última vez?? _____

¿Volvería a trabajar si tuviera menos dolor? Si No

¿Tiene o considera necesario buscar acciones legales con respecto a su dolor actual? Si No

Nombre del abogado: _____ Dirección : _____ Teléfono: _____

Historia familiar: Por favor marque todo lo que corresponda solo a miembros de la familia inmediata y su relación con usted

Trastorno de la espalda _____ Diabetes _____

Trastorno de la tiroides _____ Carrera _____

Alta presión sanguínea _____ Enfermedad del corazón _____

Cancer _____ Migrañas _____

¿Tiene un testamento vital o poder o abogado? No Si (Por favor deja un copia)

Tu información de contacto: Dirección de correo electrónico: _____ Teléfono Preferido #: _____

Contacto de emergencia: Nombre: _____ Relacionado contigo: _____ Teléfono #: _____

Atención primaria: Nombre: _____ Ubicación: _____ Teléfono #: _____

Doctor referente: Nombre: _____ Ubicación: _____ Teléfono #: _____