|  |
| --- |
| **Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_\_ Sexo:** □ Hombre □ Mujer **Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Razón para la visita de hoy** (Marcar cada una que aplique) |  |  |
| □Cita rutinaria □Revisión de imágenes□Relleno de medicación□Revisión de resultados | □Problema/cambio de medicamento □Evaluación (posprocedimiento)□Nuevo problema: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_□Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | **Por favor cuéntanos de cualquier cambio de su regimen actual de medicamentos:** |
|  |
|  |
|  |
| **Mi QUEJO PRINCIPAL es:** (Marcar solo UNO) |  |
| □dolor de cabeza□dolor facial□dolor de pecho□dolor abdominal □dolor de ingle | □dolor del cuello□dolor de espalda baja□dolor de espalda media□dolor de glutéos□dolor de cóccix  | □brazo izquierdo□brazo derecho□pierna izquierda□pierna derecha□otro:\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
|  | **¿Sus medicamentos para dolor le ayudan?** □Sí □No |
|  | **¿Mejoramiento de alivio de dolor?**\_\_\_\_\_\_\_% (0-100%) |
|  | **¿Mejoramiento de función?** \_\_\_\_\_\_\_% (0-100%) |
|  | **¿Mejoramiento de calidad de vida?** \_\_\_\_\_\_\_% (0-100%) |
| **Mis quejos ADICIONALES son:** (Marcar cada una que aplique) |  | **¿Le dan algún efecto segundario?** □ Sí □No¿Sí? ¿Cuál? |
| □dolor de cabeza□dolor facial□dolor de pecho□dolor abdominal □dolor de ingle | □dolor del cuello□dolor de espalda baja□dolor de espalda media□dolor de glutéos□dolor de cóccix  | □brazo izquierdo□brazo derecho□pierna izquierda□pierna derecha□otro:\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
|  | **Desde su última visita, ha tenido inyecciones?** □Sí □No |
|  |
|  | **Sí ha recibido una inyección, ¿Cuánto alivio le ha dado?**Disiminuición de dolor\_\_\_\_%; Mejora de función\_\_\_\_%¿Cuál fue la duración del alivio? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □N/A |
|  |
| **Descripción de Dolor** |  |
| **Severidad** (0=sin dolor, 10=peor dolor) | **Frequencia** (Marcar solo UNO) |  | **Uso de alcohol:** □ Sí, muy poco □ Sí, diario □ No/Nunca□ Historia de alcoholismo |
| Su dolor en este momento: \_\_\_\_/10 | □constante |  |
| Su dolor peor: \_\_\_\_/10 | □varia, siempre presente |  | **Adición/Abuso de medicamentos prescriptos o drogas ilegales:** □ Sí, actualmente □ Sí, en el pasado □ Nunca |
| Su dolor menor: \_\_\_\_/10 | □varia, presente a menudo |  |
| Su dolor promedio: \_\_\_\_/10 | □varia, raramente presente |  | **¿Está recibiendo otros tratamientos para su dolor?** □Sí □No-Terapia física: □Utíl □Inutil □N/A-Quiropráctica: □Utíl □Inutil □N/A -Masaje/Acupuntura: □Utíl □Inutil □N/A -Estimulador eléctrico de nervios: □Utíl □Inutil □N/A -Aparato/Ortésis: □Utíl □Inutil □N/A -Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □Utíl □Inutil □N/A |
| **Indicar dónde su dolor esta localizado:** |  |
|  | **1. Usar las letras siguientes para describer su dolor.**Adolorido = AArdiente = BCalambres = CSordo = DEntumecido = NHormigueo = PAgudo = SPalpitante = TEspasmos musculares = M**2. Dibujar flechas donde irradia el dolor.** |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  | **Desde su última visita, hizo una nueva radiografia?** □ Sí □No¿Sí? ¿Cuál?  |
|  |
|  | **Desde su última visita, tiene nuevo medicamento?** □Sí □No¿Sí? ¿Cuál(es)? |
|  |
|  | **Desde su última visita, su salud ha cambiado?** □ Sí □No¿Sí? ¿Cómo? |
|  |
|  | **Desde su última visita, fue al hospital/tuvo cirugía?** □Sí □No¿Sí? Por favor explicar. |
|  |
|  | **Desde su última visita, tiene nuevo anticoagulante?** □Sí □No¿Sí? ¿Cuál? |
|  |
|  | **Desde su última visita, otros problemas/dudas?** □Sí □No¿Sí? ¿Cuál? |
| **¿Qué aumenta su dolor?**  |  |
|  | **Información Adicional** |
| **¿Qué disminuye su dolor?** |  | **Por favor comentar en cualquier información adicional aquí:** |
|  |  |
| **Desde su última visita con MD Pain, ¿ha habido nuevos:** |  |  |
| □Problemas de balance□Dificultad al caminar□Incontinencia (vejiga)□Incontinencia (colon) | □Entumecimiento: □brazos □piernas□Hormigueo: □brazos □piernas□Debilidad: □brazos □piernas□Otro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  | **Certifico que la información arriba es exacta y verdadera.** |
| **Desde recibir tratamiento aquí, ¿cómo ha cambiado los siguientes:** |  |  |
| Control de dolorFunciónCualidad de vida | □Mejorado□Mejorado□Mejorado | □Sin cambio□Sin cambio□Sin cambio | □Empeorado□Empeorado□Empeorado |  | **Fecha:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | **Firma:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

