|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 = A  Ardiente = B  Calambres = C  Sordo = D  Entumecido = N  Hormigueo = P  Agudo = S  Palpitante = T  Espasmos 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 dolor  Función  Cualidad de vida | □Mejorado  □Mejorado  □Mejorado | | | □Sin cambio  □Sin cambio  □Sin cambio | | | | □Empeorado  □Empeorado  □Empeorado |  | **Fecha:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | **Firma:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

