

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo:  Hombre  Mujer Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_

**Razón para la visita de hoy** (Marcar cada una que aplique)

|   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cita rutinaria         | <input type="checkbox"/> Problema/cambio de medicamento |
| <input type="checkbox"/> Revisión de imágenes   | <input type="checkbox"/> Evaluación (posprocedimiento)  |
| <input type="checkbox"/> Relleno de medicación  | <input type="checkbox"/> Nuevo problema: _____          |
| <input type="checkbox"/> Revisión de resultados | <input type="checkbox"/> Otro: _____                    |

**Mi QUEJO PRINCIPAL es:** (Marcar solo UNO)

|  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> dolor del cuello      | <input type="checkbox"/> brazo izquierdo  |
| <input type="checkbox"/> dolor facial    | <input type="checkbox"/> dolor de espalda baja | <input type="checkbox"/> brazo derecho    |
| <input type="checkbox"/> dolor de pecho  | <input type="checkbox"/> dolor de espalda      | <input type="checkbox"/> pierna izquierda |
| <input type="checkbox"/> dolor abdominal | <input type="checkbox"/> dolor de glúteos      | <input type="checkbox"/> pierna derecha   |
| <input type="checkbox"/> dolor de ingle  | <input type="checkbox"/> dolor de cóccix       | <input type="checkbox"/> otro: _____      |

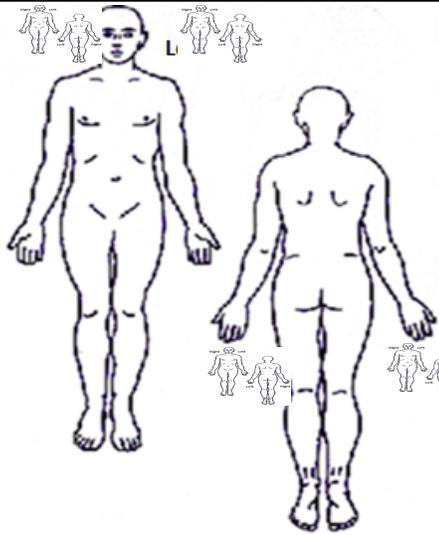
**Mis quejos ADICIONALES son:** (Marcar cada una que aplique)

|  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> dolor del cuello      | <input type="checkbox"/> brazo izquierdo  |
| <input type="checkbox"/> dolor facial    | <input type="checkbox"/> dolor de espalda baja | <input type="checkbox"/> brazo derecho    |
| <input type="checkbox"/> dolor de pecho  | <input type="checkbox"/> dolor de espalda      | <input type="checkbox"/> pierna izquierda |
| <input type="checkbox"/> dolor abdominal | <input type="checkbox"/> dolor de glúteos      | <input type="checkbox"/> pierna derecha   |
| <input type="checkbox"/> dolor de ingle  | <input type="checkbox"/> dolor de cóccix       | <input type="checkbox"/> otro: _____      |

**Descripción de Dolor**

| Severidad (0=sin dolor, 10=peor dolor) | Frecuencia (Marcar solo UNO)                       |
|--|--|
| Su dolor en este momento: _____/10     | <input type="checkbox"/> constante                 |
| Su dolor peor: _____/10                | <input type="checkbox"/> varía, siempre presente   |
| Su dolor menor: _____/10               | <input type="checkbox"/> varía, presente a menudo  |
| Su dolor promedio: _____/10            | <input type="checkbox"/> varía, raramente presente |

**Indicar dónde su dolor esta localizado:**



**1. Usar las letras siguientes para describir 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.**

Por favor cuéntenos de cualquier cambio de su regimen actual de medicamentos:

¿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%)

¿Le dan algún efecto secundario?  Sí  No

¿Sí? ¿Cuál?

Desde su última visita, ha tenido inyecciones?  Sí  No

**Sí ha recibido una inyección, ¿Cuánto alivio le ha dado?**

Disminución de dolor \_\_\_\_\_%; Mejora de función \_\_\_\_\_%

¿Cuál fue la duración del alivio? \_\_\_\_\_ N/A

Uso de alcohol:  Sí, muy poco  Sí, diario  No/Nunca

Historia de alcoholismo

**Adición/Abuso de medicamentos prescritos o drogas ilegales:**  Sí, actualmente  Sí, en el pasado  Nunca

¿Está recibiendo otros tratamientos para su dolor?  Sí  No

|                                    |   |
|------------------------------------|---|
| -Terapia física:                   | <input type="checkbox"/> Útil <input type="checkbox"/> Inútil |
| <input type="checkbox"/> N/A       |   |
| -Quiropráctica:                    | <input type="checkbox"/> Útil <input type="checkbox"/> Inútil |
| <input type="checkbox"/> N/A       |   |
| -Masaje/Acupuntura:                | <input type="checkbox"/> Útil <input type="checkbox"/> Inútil |
| <input type="checkbox"/> N/A       |   |
| -Estimulador eléctrico de nervios: | <input type="checkbox"/> Útil <input type="checkbox"/> Inútil |
| <input type="checkbox"/> N/A       |   |
| -Aparato/Ortosis:                  | <input type="checkbox"/> Útil <input type="checkbox"/> Inútil |
| <input type="checkbox"/> N/A       |   |
| -Otro: _____                       | <input type="checkbox"/> Útil <input type="checkbox"/> Inútil |
| <input type="checkbox"/> N/A       |   |

Desde su última visita, hizo una nueva radiografía?  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.

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

**¿Qué aumenta su dolor?**

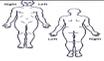
**¿Qué disminuye su dolor?**

**Desde su última visita con MD Pain, ¿ha habido nuevos:**

|   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Problemas de balance   | <input type="checkbox"/> Entumecimiento: <input type="checkbox"/> brazos                             |
| <input type="checkbox"/> Dificultad al caminar  | <input type="checkbox"/> piernas   |
| <input type="checkbox"/> Incontinencia (vejiga) | <input type="checkbox"/> Hormigueo: <input type="checkbox"/> brazos <input type="checkbox"/> piernas |
| <input type="checkbox"/> Incontinencia (colon)  | <input type="checkbox"/> Debilidad: <input type="checkbox"/> brazos <input type="checkbox"/> piernas |
| <input type="checkbox"/> Otro:                  |  |

**Desde recibir tratamiento aquí, ¿cómo ha cambiado los siguientes:**

|                  |                                   |                                     |                                    |
|------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| Control de dolor | <input type="checkbox"/> Mejorado | <input type="checkbox"/> Sin cambio | <input type="checkbox"/> Empeorado |
| Función          | <input type="checkbox"/> Mejorado | <input type="checkbox"/> Sin cambio | <input type="checkbox"/> Empeorado |
| Cualidad de vida | <input type="checkbox"/> Mejorado | <input type="checkbox"/> Sin cambio | <input type="checkbox"/> Empeorado |



**Desde su última visita, tiene nuevo anticoagulante?**  Sí  No  
¿Sí? ¿Cuál?

**Desde su última visita, otros problemas/dudas?**  Sí  No  
¿Sí? ¿Cuál?

**Información Adicional**

**Por favor comentar en cualquier información adicional aquí:**

**Certifico que la información arriba es exacta y verdadera.**

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_