|  |
| --- |
| Información de Referencia |

Médico referente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fax: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Médico general/de atención primaria: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fax: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Otro(s) proveedor(es) al que usted quisiera que nuestra oficina le notifique de la visita de hoy:

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| Información del Paciente  |

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de cita: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de licencia de conducir y estado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N.º de SS (últimos 4 #s): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sexo:  M  F

Dirección postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ciudad/Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección de envío si es diferente a la dirección postal:  Sí  No

Proveer la dirección de envío: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección de envío: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciudad/Estado/Código postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de teléfono preferido: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Casa  Celular  Trabajo

Número de teléfono secundario: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Casa  Celular  Trabajo

Otro número de teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Casa  Celular  Trabajo

Nombre del contacto de emergencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de contacto de emergencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Casa  Celular  Trabajo

Etnicidad:  Hispano/Latino  No Hispano  Afroamericano  Otra/indeterminada

Idioma preferido:  Inglés  Español  Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| Plan del Seguro PRIMARIO  |

Nombre del seguro primario: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de la póliza/ID: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número del grupo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Asegurado fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Relación al asegurado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| Plan del Seguro SEGUNDARIO  |

Nombre del seguro segundario: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de la póliza/ID: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número del grupo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Suscriptor fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Relación al suscriptor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| Compensación de Trabajadores/Reclamo por Lesiones Personales (Llenar solo si aplica a usted) |

¿Es una visita relacionada con un reclamo de compensación de trabajadores?  Sí  No

Compañía de seguros/compensación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de lesión: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ID de reclamo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre del ajustador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono del ajustador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fax del ajustador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección de sumisión del reclamo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Es una visita relacionada con un accidente de auto **y archivada baja un reclamo de lesión**?  Sí  No

Nombre de abogado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de la práctica del abogado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| Farmacia Preferida  |

Nombre de farmacia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dirección postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ciudad/Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN CLÍNICA**

**Fecha de hoy:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_\_\_ **Sexo:**  M  F

|  |
| --- |
| Dominio de la mano  |

  Diestro/a  Zurdo/a  Ambidextro/a (capaz de usar ambas manos igualmente)

|  |
| --- |
| Por favor indique cuál es su PEOR REGIÓN DE DOLOR o QUEJO (Marcar solo uno) |
|  Dolor de cabeza Facial  Pared de pecho  Seno  Abdominal  Pélvico |  Ingle Cuello  Mitad de la espalda  Espalda baja Glúteos  Cóccix |  Anal/Rectal  Vaginal/Escrotal (¿cuál?) Brazo izquierdo Brazo derecho Pierna izquierdo Pierna derecha |  Hombro izquierdo  Hombro derecho  Cadera izquierda Cadera derecha Rodilla izquierda Rodilla derecha |

¿Otra región de dolor? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| Por favor indique todas las áreas adicionales de dolor (Marcar todos que apliquen) |
|  Dolor de cabeza Facial  Pared de pecho  Seno  Abdominal  Pélvico |  Ingle Cuello  Mitad de la espalda  Espalda baja Glúteos  Cóccix |  Anal/Rectal  Vaginal/Escrotal (¿cuál?) Brazo izquierdo Brazo derecho Pierna izquierdo Pierna derecha |  Hombro izquierdo  Hombro derecho  Cadera izquierda Cadera derecha Rodilla izquierda Rodilla derecha |

¿Tiene otra región de dolor? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| Historia de condiciones comunes de dolor o enfermedades (Marcar todos que apliquen) |
|  Dolor de cabeza Fibromialgia  Osteoartritis Artritis reumatoide Ciática crónica Enfermedad riñón |  Neuropatía Escoliosis Infarto cerebral Hepatitis Enfermedad de Crohn Colitis ulcerosa Esclerosis múltiple |  Dolor de espalda crónico  Dolor de cuello crónico Síndrome de Dolor Regional Complejo  Anemia de células falciformes Cistitis intersticial |  Dolor abdominal crónico  Fractura-compresión vertebral  Dolor por cáncer  Enfermedad autoinmune  Neuralgia posherpética  Otra: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| COMIENZO y FREQUENCIA de dolor  |

**¿Cómo empezó el episodio de dolor actual?**  Gradualmente  Abruptamente

**¿Cuándo empezó el dolor por primera vez?** Fecha\_\_\_\_\_ o aproximadamente hace \_\_\_\_\_\_  Meses  Años

**¿Qué causó su dolor?**  Cirugía  Caída  Accidente laboral  Accidente vehicular  Lesión deportiva

 Envejecimiento normal  Desconocido  Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**¿Desde que empezó el dolor, cómo ha cambiado?**   Disminuido  Aumentado  Sin cambio/Sigue igual

**La frecuencia de mi dolor actualmente es:**  Constante y nunca cambia  Variante, pero siempre presente  Variante, pero usualmente presente  Variante, pero casi nunca presente

|  |
| --- |
| SEVERIDAD del dolor, LOCALIZACIÓN, DESCRIPCIÓN & OTROS FACTORES que afectan su dolor  |

**Por favor indicar la severidad de su dolor:** (0 = Sin dolor, 10 = Dolor insoportable)

|  |  |
| --- | --- |
| En este momento:Al peor:Al menor:Al promedio: |  0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10 0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10 0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10 0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10 |

**Por favor describa su dolor. Usa las imágenes para marcar las áreas en su cuerpo donde siente las sensaciones descritas.**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **1. Dibujar flechas donde irradia el dolor.****2. Usa las siguientes letras para describir su dolor:**Adolorido = A Ardiente = BCalambres = CSordo = DEntumecido = NHormigueo = PAgudo = SPalpitante = TEspasmos musculares= M |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Por favor indique si lo siguiente **AUMENTA** o **DISMINUYE** su dolor |  Sudar Cambios de color de piel Hinchazón Cambios de pelo/uñas Cambios de temperatura  Problemas de balance Dificultad para caminar Incontinencia de vejiga Incontinencia intestinal Debilidad; ¿Dónde? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Entumecimiento; ¿Dónde? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Problemas de motricidad fina (abotonarse la camisa, usar un lápiz, etc.) Caídas; Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Uso de dispositivos de asistencia:  Bastón  Caminante  Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **¿Cuándo está peor el dolor?** Por la mañana Durante el día Por la tarde  Por la noche  Otro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | Aumenta | Disminuir |
| **Calor** |  |  |
| **Frio** |  |  |
| **Cambios del clima** |  |  |
| **Estar sentado** |  |  |  |
| **Estar parado/de pie** |  |  | **¿Tiene algún otro síntoma asociado con su dolor?** Cambios de intestino o vejiga  Mareos Dolor de cabeza Vista borrosa Otro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Caminar** |  |  |  |  |
| **Hacer ejercicio** |  |  |
| **Inclinarse (detrás)**  |  |  |
| **Inclinarse (delante)** |  |  |
| **Girar en la cintura** |  |  |
| **Mirar hacia arriba** |  |  |  |
| **Mirar hacia abajo** |  |  |
| **Girar el cuello**  |  |  |  |
| **Acostarse boca arriba** |  |  |  |
| **Acostar en un lado** |  |  |  |
| **Masaje**  |  |  |  |
| **Terapia física**  |  |  |  |
| **Evacuación intestinal** |  |  | .  |
| **Estornudar/Toser** |  |  |  |
| **Estrés** |  |  |
| **Medicamento** |  |  |
| **Otro:** |  |  |

**¿Cuánto afecta sus habilidades funcionales?** (0 = sin efecto, 10 = efecto significante)

|  |  |
| --- | --- |
| * Actividades de la vida diaria (higiene y quehaceres de casa):
 |  0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10 |
| * Habilidad para funcionar e interaccionar con familia y amigos:
 |  0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10 |
| * Trabajo en su ocupación usual: ( marcar si no trabaja)
 |  0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10 |
| * Capacidad para dormir bien:
 |  0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10 |
|  |  |
| Proveedores Anteriores del Cuidado/Manejo de Dolor  |

**¿Alguna vez ha estado bajo el cuidado de un especialista del manejo de dolor?**   Sí  No

Si la respuesta ha sido ‘Sí’, nombrar hasta a los dos médicos más recientes que ha visto:

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre | Dirección/Ciudad/Estado/Código Postal |
| 1. |  |
| ¿Por qué ya no está usted bajo el cuidado de este médico? |
| 2. |  |
| ¿Por qué ya no está usted bajo el cuidado de este médico? |

|  |
| --- |
| Medicaciones actuales para su DOLOR  |

**Por favor escribir TODOS LOS MEDICAMENTOS QUE ESTÁ TOMANDO PARA EL DOLOR.** Incluir todos los medicamentos prescritos y de venta libre.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre del medicamento** | **Dosis (mg)** | **Frecuencia** | **Médico/Prescriptor** | **Efecto**  |
| **Sin alivio**  | **Alivio leve** | **Alivio moderado** | **Alivio excelente** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**Si está tomando medicamentos para el dolor actualmente, ¿el médico/prescriptor continuará prescribir estos medicamentos?**  Sí  No

 No estoy tomando ningún medicamento para el dolor.

|  |
| --- |
| EFECTIVIDAD y EFECTOS SEGUNDARIOS de sus medicamentos para el dolor |

**En totalidad, ¿sus medicamentos proveen ALIVIO DEL DOLOR?**  Sí  No  N/A

¿Sí? ¿Cuánto? 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

**En totalidad, ¿sus medicamentos mejoran su FUNCIÓN?**  Sí  No  N/A

¿Sí? ¿Cuánto? 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

**En totalidad, ¿sus medicamentos mejoran su CALIDAD de VIDA?**  Sí  No  N/A

¿Sí? ¿Cuánto? 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

|  |
| --- |
| **Por favor indicar cualquier efecto segundario causado por sus medicamentos para el dolor** (Marcar TODOS que apliquen)  |
|  Náusea Vómitos Diarrea |  Sarpullido Picazón Sedación |  Confusión Mareos Dolor de estómago  |  Reflujo ácido Estreñimiento Retención urinaria |  Perdido de memoria Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Ningún efecto segundario** |

|  |
| --- |
| Historia de DOLOR Y MEDICAMENTOS PROBADOS  |

**Por favor marcar todos los medicamentos que ha probado en el pasado PARA DOLOR o PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL DOLOR (problemas de dormir, etc.) y su EFECTIVIDAD.** (Marcar SOLO los que apliquen.)

|  |
| --- |
| **OPIOIDES**  Nunca he tomado opioides **Si le han prescrito opioides alguna vez, ¿a qué edad primero empezó a tomarlos? \_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Medicamento** | **Beneficial**  | **Sin beneficio**  | **Efectos segundarios** | **Medicamento** | **Beneficial**  | **Sin beneficio**  | **Efectos segundarios** | **Medicamento** | **Beneficial**  | **Sin beneficio**  | **Efectos segundarios** |
| **Fentanilo (Duragesic patch, Actiq, Fentora, Subsys)** |  |  |  | **Propoxifeno (Darvocet, Darvon)** |  |  |  | **Tramadol (Ultram, Ultram ER, Tramadol ER, Ryzolt)** |  |  |  |
| **Morfina (Avinza, Embeda, MS Contin, Kadian, Morphabond, MSER)** |  |  |  | **Oxymorfona (Opana, Opana ER)** |  |  |  | **Codeína (Tylenol #3, #4)** |  |  |  |
| **Metadona (Dolophine)** |  |  |  | **Hydromorfona (Dilaudid, Exalgo)** |  |  |  | **Meperidina (Demerol)** |  |  |  |
| **Oxycodona (Roxicodone, Percocet, Endocet, OxyContin)** |  |  |  | **Hydrocodona (Vicodin, Norco, Lortab, Hysingla, Zohydro)** |  |  |  | **Otro:** |  |  |  |
| **Buprenorfina (Butrans, Belbuca, Buprenex, Suboxone, Subutex)** |  |  |  | **Tapentadol (Nucynta, Nucynta ER)** |  |  |  |
| **ANTIINFLAMMATORIOS**  Nunca he tomado anti-inflamatorios |
| **Medicamento** | **Beneficial**  | **Sin beneficio**  | **Efectos segundarios** | **Medicamento** | **Beneficial**  | **Sin beneficio**  | **Efectos segundarios** | **Medicamento** | **Beneficial**  | **Sin beneficio**  | **Efectos segundarios** |
| **Etodolaco (Lodine)** |  |  |  | **Oxaprozin (Daypro)** |  |  |  | **Piroxicam (Feldene)** |  |  |  |
| **Ibuprofeno (Advil, Motrin)** |  |  |  | **Meloxicam (Mobic)** |  |  |  | **Indometacina (Indocin)** |  |  |  |
| **Naproxeno (Aleve, Naprosyn)** |  |  |  | **Diclofenaco (Arthrotec, Voltaren, Zipsor, Flector patch)** |  |  |  | **Ketorolaco (Toradol)** |  |  |  |
| **Celecoxib (Celebrex)** |  |  |  | **Nabumetone (Relafen)** |  |  |  | **Otro:** |  |  |  |
| **ASPIRINA y ACETAMINOFENO**  Nunca he tomado aspirina o acetaminofeno |
| **Medicamento** | **Beneficial**  | **Sin beneficio**  | **Efectos segundarios** | **Medicamento** | **Beneficial**  | **Sin beneficio**  | **Efectos segundarios** |  |  |  |  |
| **Aspirina** |  |  |  | **Acetaminofeno (Tylenol)** |  |  |  |  |  |  |  |
| **RELEJANTES de MÚSCULOS**  Nunca he tomado relajantes de músculo |
| **Medicamento** | **Beneficial**  | **Sin beneficio**  | **Efectos segundarios** | **Medicamento** | **Beneficial**  | **Sin beneficio**  | **Efectos segundarios** | **Medicamento** | **Beneficial**  | **Sin beneficio**  | **Efectos segundarios** |
| **Baclofeno (Lioresal)** |  |  |  | **Chloroxazone (Parafon-Forte, Lorzone)** |  |  |  | **Tizanidine (Zanaflex)** |  |  |  |
| **Cyclobenzaprine (Flexeril, Amrix)** |  |  |  | **Orphenadrine (Norflex)** |  |  |  | **Diazepam (Valium)** |  |  |  |
| **Methacarbamol (Robaxin)** |  |  |  | **Metaxalone (Skelaxin)** |  |  |  | **Otro:** |  |  |  |
| **Carisoprodol (Soma)** |  |  |  |   |

|  |
| --- |
| **ANTIDEPRESIVOS (SSRIs, SNRIs)**  Nunca he tomado antidepresivos |
| **Medicamento** | **Beneficial**  | **Sin beneficio**  | **Efectos segundarios** | **Medicamento** | **Beneficial**  | **Sin beneficio**  | **Efectos segundarios** | **Medicamento** | **Beneficial**  | **Sin beneficio**  | **Efectos segundarios** |
| **Duloxetine (Cymbalta)** |  |  |  | **Bupropion (Wellbutrin)** |  |  |  | **Desvenlafaxine (Pristiq)** |  |  |  |
| **Venlafaxine (Effexor, Effexor XR)** |  |  |  | **Citalopram (Celexa)** |  |  |  | **Fluoxetine (Prozac)** |  |  |  |
| **Amitriptyline (Elavil, Endep)** |  |  |  | **Escitalopram (Lexapro)** |  |  |  | **Nefazodone (Serzone)** |  |  |  |
| **Nortriptyline (Pamelor, Aventyl)** |  |  |  | **Sertraline (Zoloft)** |  |  |  | **Milnacipran (Savella)** |  |  |  |
| **Mirtazapine (Remeron)** |  |  |  | **Protriptyline (Vivactil)** |  |  |  | **Trazodone (Desyrel)** |  |  |  |
| **Desipramine (Pertofran, Norpramine)** |  |  |  | **Doxepin (Sinequan, Silenor)** |  |  |  | **Otro:** |  |  |  |
| **Imipramine (Tofranil)** |  |  |  | **Paroxetine (Paxil)** |  |  |  |  |  |  |  |
| **ANTICONVULSANTES**  Nunca he tomado anticonvulsantes |
| **Medicamento** | **Beneficial**  | **Sin beneficio**  | **Efectos segundarios** | **Medicamento** | **Beneficial**  | **Sin beneficio**  | **Efectos segundarios** | **Medicamento** | **Beneficial**  | **Sin beneficio**  | **Efectos segundarios** |
| **Gabapentin (Neurontin, Gralise)** |  |  |  | **Carbamazipine (Tegretol)** |  |  |  | **Oxcarbazepine (Trileptal)** |  |  |  |
| **Pregabalin (Lyrica)** |  |  |  | **Levetiracetam (Keppra)** |  |  |  | **Lamotragine (Lamictal)** |  |  |  |
| **Topiramate (Topamax, Trokendi XR, Qudexy XR)** |  |  |  | **Zonisamide (Zonegran)** |  |  |  | **Otro:** |  |  |  |
| **Tiagabine (Gabatril)** |  |  |  | **Valproic Acic (Depakote, Depakene)** |  |  |  |   |
| **OTROS MEDICAMENTOS PARA EL DOLOR o PARA MIGRAÑAS** Nunca he tomado estos medicamentos |
| **Medicamento** | **Beneficial**  | **Sin beneficio**  | **Efectos segundarios** | **Medicamento** | **Beneficial**  | **Sin beneficio**  | **Efectos segundarios** | **Medicamento** | **Beneficial**  | **Sin beneficio**  | **Efectos segundarios** |
| **Sumatriptan (Imitrex)** |  |   |  | **Nifedipine (Procardia)** |  |   |  | **Olmesartan (Benicar)** |   |   |   |
| **Rizatriptan (Maxalt)** |  |   |  | **Nimodipine (Nimotop, Nymalize)** |  |   |  | **Valsartan (Diovan)** |   |   |   |
| **Zolmitriptan(Zomig)** |  |   |  | **Metoprolol (Lopressor, Toprol)** |  |   |  | **Butalbital/acetaminophen/caffeine (Fioricet)** |   |   |   |
| **Fovatriptan (Frova)** |  |   |  | **Propranolol (Inderal)** |   |   |   | **Butalbital/aspirin/caffeine (Fiorinal)** |   |   |   |
| **Eletriptan (Relpax)** |  |   |  | **Nadolol (Corgard)** |   |   |   | **Acetaminophen/dichloralphenazone/isometheptene (Midrin)** |   |   |   |
| **Almotriptan (Axert)** |  |   |  | **Atenolol (Tenormin)** |   |   |   | **Lidoderm patches (Lidocaine patch)** |   |   |   |
| **Naratriptan (Amerge)** |  |   |  | **Lisinopril (Zestril, Prinivil)** |   |   |   | **Hydroxyzine (Vistaril)** |   |   |   |
| **Sumatriptan/Naproxen (Treximet)** |  |   |  | **Rimipril (Altace)** |   |   |   | **Mexilitine (Mexitil)** |   |   |   |
| **Ergotamine (Ergostat, Cafergot, DHE, Migranal, Migergot)** |  |   |  | **Enalapril (Vasotec)** |   |   |   | **Steroids (cortisone, Medrol dose pack, prednisone)** |   |   |   |
| **Methylsergide (Sansert)** |  |   |  | **Candesartan (Atacand)** |   |   |   | **Inyecciónes de Botox**  |   |   |   |
| **Diltiazem (Cardiazem)** |  |   |  | **Irbesartan (Avapro)** |   |   |   | **Litio** |   |   |   |
| **Verapamil (Calan, Isoptin, Verelan)** |  |   |  | **Losartan (Cozaar)** |   |   |   | **Otro:** |   |   |   |

|  |
| --- |
| **MEDICAMENTOS PARA DORMIR**  Nunca he usado ayuda para dormir |
| **Medicamento** | **Beneficial**  | **Sin beneficio**  | **Efectos segundarios** | **Medicamento** | **Beneficial**  | **Sin beneficio**  | **Efectos segundarios** | **Medicamento** | **Beneficial**  | **Sin beneficio**  | **Efectos segundarios** |
| **Zolpidem (Ambien)** |  |  |  | **Ramelteon (Rozerem)** |  |  |  | **Trazodone (Desyrel)** |  |  |  |
| **Eszopiclone (Lunesta)** |  |  |  | **Sodium Oxybate (Xyrem)** |  |  |  | **Melatonin** |  |  |  |
| **Temazepam (Restoril)** |  |  |  | **Doxepin (Silenor)** |  |  |  | **Otro:** |  |  |  |
| **Zaleplon (Sonata)** |  |  |  |  **Suvorexant (Belsomra)** |  |  |  |  |
| **SEDATIVAS y ANSIOLÍTICOS**  Nunca he tomado  |
| **Medicamento** | **Beneficial**  | **Sin beneficio**  | **Efectos segundarios** | **Medicamento** | **Beneficial**  | **Sin beneficio**  | **Efectos segundarios** | **Medicamento** | **Beneficial**  | **Sin beneficio**  | **Efectos segundarios** |
| **Alprazolam (Xanax)** |  |  |  | **Clonazepam (Klonopin)** |  |  |  | **Lorazepam (Ativan)** |  |  |  |
| **Diazepam (Valium)** |  |  |  | **Clorazepate (Tranxene)** |  |  |  | **Otro:** |  |  |  |

¿Ha probado cremas prescritas como una crema de EMLA o gel de Voltaren, etc. para su dolor?  Sí  No

¿Ha probado cremas compuestas de una farmacia especialista?  Sí  No

|  |
| --- |
| Tratamientos anteriores |

**Marcar los TRATAMIENTOS PARA EL DOLOR que ha tenido antes de la visita de hoy:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tratamiento** | **Parte del cuerpo/Área**  | **Fecha(s)** | **Mejoramiento/Efecto** |
| **Peor** | **Nada** | **Leve** | **Moderado** | **Excelente** |
| **Quiropráctica** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Acupuntura** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Masaje** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Terapia física** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Terapia acuática** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Programa de adelgazamiento** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Soporte para cuello/espalda**  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Estimulador eléctrico de nervios transcutáneo** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Inyecciones de punto gatillo**  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Inyección epidural de esteroides**  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Inyección de articulación faceta** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Bloques de rama medial** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Ablación de radiofrecuencia**  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Inyección sacroilíaca**  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Otra inyección de articulación**  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Bloque de nervio periférico**  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Bloque de nervio simpatético** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Estimulador de la medula espinal** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Bomba intratecal (para dolor)**  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Infusión de ketamina**  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Vertebroplastia**  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Cifoplastia**  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Otro Tratamiento:** |  |  |  |  |  |  |
| No he probado otros tratamientos para mi dolor actual. |
| Exámenes Diagnósticas e Imágenes  |

**Poner todas las PRUEBAS o ESTUDIOS que ha tenido para evaluar su dolor actual:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Imagen/Examinación** | **Parte del cuerpo** | **Fecha(s)** | **Facilidad** |
| **Radiografía/X-rayo** |  |  |  |
| **CT**  |  |  |  |
| **MRI** |  |  |  |
| **Estudio de nervios** |  |  |  |
| **Discograma** |  |  |  |
| **Otro:** |  |  |  |
| No he tenido ningún examen/imagen para evaluar mi dolor actual. |

|  |
| --- |
| Historia Médica Pasada |

**Por favor marcar las siguientes condiciones que tiene O que ha tenido en el pasado:** ( *Nunca* he tenido ningún problema médico.)

**Cabeza/Ojos/Oídos/Nariz/Garganta**

 **Dolor de cabeza**

 **Migraña**

 **Lesión craneal**

 **Glaucoma**

 **Cataratas**

 **Ceguera**

 **Sordera**

 **Hipertiroidismo**

 **Hipotiroidismo**

**Respiratorio**

 **Asma**

 **Bronquitis crónica**

 **EPOC**

 **Enfisema**

 **Cáncer de pulmón**

 **Neumonía**

 **Tuberculosis**

**Cardiovascular**

 **Infarto/ataque de corazón**

 **Presión arterial alta**

 **Soplo**

 **Prolapso de la válvula mitral**

 **Enfermedad de las arterias coronarias**

 **Marcapasos**

 **Desfibrilador**

 **Enfermedad vascular periférica**

 **trombosis venosa profunda**

**Hematológica**

 **Anemia**

 **VIH/SIDA**

 **Desorden de la sangre**

 **Colesterol alto**

 **Deficiencia de proteína C/S**

 **Lupus eritematoso sistémico**

 **Linfoma**

 **Leucemia**

**Gastrointestinal**

 **Gastritis**

 **Úlceras gástricas**

 **ERGE (Reflujo Ácido)**

 **Incontinencia intestinal**

 **Diarrea**

 **Estreñimiento**

 **Hepatitis A**

 **Hepatitis B**

 **Hepatitis C**

 **Cáncer de hígado**

 **insuficiencia hepática**

 **Pancreatitis**

 **Diabetes tipo I**

 **Diabetes tipo II**

**Musculoesquelético**

 **Amputación**

 **Dolor de miembro fantasma**

 **Bursitis**

 **Síndrome del túnel carpiano**

 **Dolor de espalda crónico**

 **Dolor de cuello crónico**

 **Dolor de rodilla crónico**

 **Dolor de cadera crónico**

 **Dolor de hombro crónico**

 **Artritis reumatoide**

 **Osteoartritis**

 **Osteopenia**

 **Osteoporosis**

 **Fractura del cuerpo vertebral**

**Genitourinario/Riñones**

 **Enfermedad renal**

 **Cáncer de riñón**

 **Insuficiencia renal aguda**

 **Insuficiencia renal crónica**

 **Cálculos renales**

 **Incontinencia urinaria**

**Neurológico**

 **Esclerosis múltiple**

 **Enfermedad de** **Alzheimer**

 **Enfermedad de** **Parkinson**

 **Síndrome de pierna inquietas**

 **Epilepsia/convulsiones**

 **Neuralgia trigémina**

 **Otra neuralgia**

 **Neuropatía periférica**

**Psicológico**

 **Ansiedad**

 **Depresión**

 **Esquizofrenia**

 **Trastorno bipolar**

 **Abuso de drogas recetados**

 **Uso de drogas ilegales**

 **Abuso del alcohol**

Por favor cuéntenos de cualquier otra condición médica suya que no haya mencionado anteriormente: \_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| Historia de cirugías anteriores  |

**Por favor indicar los procedimientos quirúrgicos que ha tenido en el pasado, incluyendo las fechas, tipos, y detalles pertinentes.** ( **Nunca me han operado**)

**Cirugía Abdominal:**

* **Resección de vesícula biliar\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
* **Resección de apéndice\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
* **Reparación de hernia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
* **Laparotomía\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
* **Bypass gástrico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
* **Otro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Cirugía Ginecológica:**

* **Histerectomía \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
* **Ligadura de Trompas \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
* **Cesárea\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
* **Laparoscopia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
* **Otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Cirugía Cardiovascular:**

* **Bypass de arteria coronaria\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
* **Remplazo de válvula\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
* **Colocación de stent\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
* **Reparación de aneurisma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
* **Cirugía vascular periférica\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
* **Otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Cirugía Espinal & de Espalda:**

* **Fusión cervical (cuello) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
* **Fusión lumbar (espalda baja) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
* **Laminectomía \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
* **Discectomía \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
* **Otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Cirugía Ortopédica/articular:**

* **Cirugía de pie/tobillo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
* **Reparación de rodilla/artroscopia \_\_\_\_\_\_\_\_**
* **Remplazo de rodilla\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
* **Reparación de cadera\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
* **Remplazo de cadera\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
* **Cirugía de hombro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
* **Otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Cirugías Comunes:**

* **Prostatectomía\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
* **Tiroidectomía\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
* **Amigdalectomía\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Por favor describir cualquier otro procedimiento quirúrgico que no haya mencionado anteriormente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| Medicamentos actuales que no son para el dolor (por ejemplo, los que se utiliza para la presión o colesterol alto.) |

**Por favor escribir TODOS LOS MEDICAMENTOS QUE NO SON PARA EL DOLOR.** Incluir medicamentos de prescripción o de venta libre, y suplementos herbales.(Usa una página separada si es necesario)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre de medicamento**  | **Dosis** | **Frecuencia** |  | **Nombre de medicamento**  | **Dosis** | **Frecuencia** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

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

|  |
| --- |
| Medicamentos anticoagulantes  |

**Por favor, indicar si está tomando un medicamento anticoagulante (para hacer menos espesa la sangre)** (Marcar todos que se apliquen) ACTUALMENTE no estoy tomando ningún anticoagulante. |
|  **Aspirina (****81 mg**  **325 mg)** **Pletal (cilostazol)** **Persantine (dipyridamole)** **Aggrenox (dipyridamole/aspirin)** |  **Arixtra (fondaparinux)** **Xarelto (rivaroxaban)** **Eliquis (apixaban)** **Savaysa (edoxaban)** |  **ReoPro (abciximab)** **Pradaxa (dabigatran)** **Plavix (clopidogrel)** **Effient (prasugrel)** |  **Anti-inflammatories** **Heparin** **Lovenox (enoxaparin)** **Coumadin (warfarin)** |  **Ajo** **Ginseng** **Ginkgo** **Aceite de pescado** |

Por favor, añadir cualquier anticoagulante que está tomando si no lo encuentre arriba: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y número de teléfono del médico prescriptor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

|  |
| --- |
| Alergias  |

 |

**¿Tiene alguna alergia a drogas?** Sí  No  Anotar todas las drogas y reacciones alérgicas respectivas:

|  |  |
| --- | --- |
| **Drogas/Medicamentos** | **Reacción alérgica** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| Estado de Fertilidad y Embarazo  |

**Si es mujer, por favor decirnos su estado de embarazo:**

|  |  |
| --- | --- |
|  Pos-histerectomía Pos-Menopausa No puedo quedar embarazada  |  Edad fértil – Sin anticoncepción  Edad fértil – Con medicamento de anticoncepción  Edad fértil – Otra anticoncepción  |

|  |
| --- |
| Anestesia y Historia de Procedimientos para el Dolor  |

**¿Alguna vez ha tenido algún problema o reacción adversa a la anestesia?**  Sí  No  Nunca tuve anestesia

Si ha respondido ‘Sí’, ¿cuál tipo de anestesia? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; ¿cuál fue la reacción? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**¿Alguna vez ha tenido algún problema o reacción adversa al contraste de yodo usado durante un procedimiento?**  Sí  No; Si ha respondido ‘Sí’, ¿cuál fue la reacción? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| Historia Familiar  |

**Marcar cada cajita que sea pertinente a historia de su familia** (solo familiares biológicos)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Desorden autoinmune** | **cáncer** | **Diabetes** | **Dolor de cabeza** | **Enfermedad cardiaca** | **Problemas de salud mental** | **Abuso de alcohol** | **Enfermedad renal** | **Enfermedad de hígado** | **Artritis reumatoide** | **Abuso de drogas ilegales** | **Infarto cerebral** |
| **Madre** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Padre** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Hermano** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Otra historia pertinente no mencionada arriba: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 No tengo una historia familiar significante Soy adoptado (no hay una historia medica disponible)

|  |
| --- |
| Historia Social  |

**Uso de Alcohol:**  Nunca  Ocasionalmente  Diario  Historia de alcoholismo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Uso de Tabaco:**  Nunca  Ocasionalmente  Diario 🡪 Cuántos cajones por semana? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Uso de drogas ilegales:**  Nunca  Ocasionalmente  Diario  Solo en el pasado 🡪 Cuál droga? \_\_\_\_\_\_\_\_

**¿Algún problema, abuso, o adición a medicaciones prescriptas?**  No  Actualmente  Ya no

Si ha respondido ‘Sí’, ¿cuáles medicamentos prescriptos? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Estado civil:**  Casado  Soltero  Divorciado  Viudo  Separado

**¿Con quién vive?**  Solo  Amigo  Esposo  Hijos  Papás  Centro de vida asistida  Centro de enfermería especializada

**¿Cuál es su estado de empleo?**  Empleado  Sin trabajo  Jubilado  Discapacitado

Ocupación (si está empleado): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| Historia Social (continuada) |

**Si no está empleado, incluso a tiempo parcial, o si tiene restricciones en el trabajo, ¿esto se debe a su condición(es) actual(es) del dolor?**  Sí  No

**¿Cuáles son sus restricciones en el trabajo, si existen?** (‘N/A’ si no aplica a usted) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**¿Usted está involucrado en litigación relacionada con este dolor?**  Sí  No

Si ha respondido ‘Sí’, provéanos el nombre y número de teléfono del abogado por favor \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| Historia psiquiátrica  |

**¿Actualmente está viendo a un psiquiatra, psicólogo, o terapeuta?**  Sí  No

Si ha respondido ‘Sí’, ¿cuál es su nombre? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**¿Ha tenido algún pensamiento reciente de lastimarse a si mismo o a otra persona?**  Sí  No

**¿Usted sufra de alguna de las siguientes condiciones psiquiátricas?**

|  |  |
| --- | --- |
|  Depresión |  Desorden del déficit de atención/hiperactividad (ADD/ADHD) |
|  Ansiedad |  Desorden obsesivo compulsivo (DOC) |
|  Desorden Bipolar |  Desorden de personalidad |
|  Abuso/Adicción de sustancias |  Esquizofrenia |

**¿Tiene una historia personal de abuso físico, emocional, o sexual, U otro trauma?**  Sí  No

|  |
| --- |
| Medicina Preventivita: Si tiene más de 65 años, por favor marcar todas las opciones que le aplican. |

**¿Ha tenido alguna caída durante el último año?**

|  |  |
| --- | --- |
|  *Ningunas caídas en el último año*  Una caída en el último año Dos caídas en el último año |  1 caída en el último año *sin lesión*  2 o más caídas en el último año *sin lesión* |

|  |
| --- |
| Historia Medica y Consentimiento para Tratamiento  |

Certifico que la información anterior es precisa, completa y verdadera. Autorizo ​​a esta clínica de MD Pain y a todos los asociados, asistentes y otros proveedores de atención médica que considere necesarios para tratar mi afección. Entiendo que no se ha hecho ninguna garantía de un resultado o curación específicos. Acepto participar activamente en mi cuidado para maximizar su efectividad. Doy mi consentimiento para que la clínica de MD Pain recupere y revise mi historial de medicación. Entiendo que esto se convertirá en parte de mi historial médico. Reconozco que he tenido la oportunidad de revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad de la clínica de MD Pain, que se muestra para inspección pública en sus instalaciones y en su sitio web. Este Aviso describe cómo se puede usar y divulgar mi información médica protegida, y cómo puedo acceder a mis registros médicos. Autorizo ​​a la clínica de MD Pain a divulgar mi información de salud protegida (registros médicos) de acuerdo con su Aviso de Prácticas de Privacidad. Esto incluye, pero no se limita a, la divulgación a mi médico remitente, médico de atención primaria y cualquier médico al que pueda referirme. También autorizo ​​a los especialistas de la clínica de MD Pain a divulgar cualquier información requerida para obtener la autorización del procedimiento o el procesamiento de cualquier reclamo de seguro. Entiendo que la clínica de MD Pain no divulgará mi información médica protegida a ninguna otra parte (incluida la familia) sin que yo complete un formulario escrito de “Autorización del paciente para el uso y divulgación de información médica protegida”, disponible en sus instalaciones y en su sitio web. En el caso de que se me pida que proporcione una muestra de orina, saliva y / o sangre, busco voluntariamente servicios de laboratorio y por la presente doy mi consentimiento para proporcionar una muestra de orina, saliva y / o sangre según se solicite. Tengo derecho a rechazar pruebas específicas, pero entiendo que esto puede afectar mi tratamiento para el control del dolor. Este acuerdo puede ser revocado por mí en cualquier momento con notificación por escrito y es válido hasta que sea revocado. Por la presente cedo al Laboratorio mi derecho a los beneficios del seguro que me sean pagaderos por los servicios prestados, que surjan de cualquier póliza de seguro, plan de salud auto asegurado, Medicare o Medicaid en mi nombre o en mi nombre. Además, autorizo ​​el pago de beneficios directamente al Laboratorio. Entiendo que la aceptación de la asignación del seguro no me exime de ninguna responsabilidad con respecto al pago de los servicios de laboratorio y que soy financieramente responsable de todos los cargos, estén o no cubiertos por mi seguro. También reconozco que el Laboratorio puede ser un proveedor fuera de la red de mi aseguradora. Se espera el pago completo 30 días después de haber sido notificado de cualquier saldo adeudado. Tenga en cuenta que en caso de que no realice el pago a su vencimiento, esta cuenta se remitirá a una agencia de cobranza para los cobros. En ese caso, la tarifa de contingencia evaluada por la agencia de cobranza se agregará al capital y los intereses adeudados. Además, será responsable de los honorarios de los abogados. Tanto los honorarios de la agencia de cobranza como los honorarios de los abogados aumentarán el saldo adeuda.

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

 (Paciente, guardiana o representativa del paciente)

**Nombre impreso del paciente o la persona firmando el documento:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_