

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: \_\_\_\_\_

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:

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

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

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

Relación al asegurado: \_\_\_\_\_

Nombre del seguro secundario: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

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

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

Relación al suscriptor: \_\_\_\_\_

¿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 bajo un reclamo de lesión**?  Sí  No

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

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

Nombre de farmacia: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

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

# INFORMACIÓN CLÍNICA

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

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

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

- |  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> Ingle               | <input type="checkbox"/> Anal/Rectal               | <input type="checkbox"/> Hombro izquierdo  |
| <input type="checkbox"/> Facial          | <input type="checkbox"/> Cuello              | <input type="checkbox"/> Vaginal/Escrotal (¿cuál?) | <input type="checkbox"/> Hombro derecho    |
| <input type="checkbox"/> Pared de pecho  | <input type="checkbox"/> Mitad de la espalda | <input type="checkbox"/> Brazo izquierdo           | <input type="checkbox"/> Cadera izquierda  |
| <input type="checkbox"/> Seno            | <input type="checkbox"/> Espalda baja        | <input type="checkbox"/> Brazo derecho             | <input type="checkbox"/> Cadera derecha    |
| <input type="checkbox"/> Abdominal       | <input type="checkbox"/> Glúteos             | <input type="checkbox"/> Pierna izquierdo          | <input type="checkbox"/> Rodilla izquierda |
| <input type="checkbox"/> Pélvico         | <input type="checkbox"/> Cóccix              | <input type="checkbox"/> Pierna derecha            | <input type="checkbox"/> Rodilla derecha   |

¿Otra región de dolor? \_\_\_\_\_

- |  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> Ingle               | <input type="checkbox"/> Anal/Rectal               | <input type="checkbox"/> Hombro izquierdo  |
| <input type="checkbox"/> Facial          | <input type="checkbox"/> Cuello              | <input type="checkbox"/> Vaginal/Escrotal (¿cuál?) | <input type="checkbox"/> Hombro derecho    |
| <input type="checkbox"/> Pared de pecho  | <input type="checkbox"/> Mitad de la espalda | <input type="checkbox"/> Brazo izquierdo           | <input type="checkbox"/> Cadera izquierda  |
| <input type="checkbox"/> Seno            | <input type="checkbox"/> Espalda baja        | <input type="checkbox"/> Brazo derecho             | <input type="checkbox"/> Cadera derecha    |
| <input type="checkbox"/> Abdominal       | <input type="checkbox"/> Glúteos             | <input type="checkbox"/> Pierna izquierdo          | <input type="checkbox"/> Rodilla izquierda |
| <input type="checkbox"/> Pélvico         | <input type="checkbox"/> Cóccix              | <input type="checkbox"/> Pierna derecha            | <input type="checkbox"/> Rodilla derecha   |

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

- |  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza     | <input type="checkbox"/> Neuropatía          | <input type="checkbox"/> Dolor de espalda crónico   | <input type="checkbox"/> Dolor abdominal crónico       |
| <input type="checkbox"/> Fibromialgia        | <input type="checkbox"/> Escoliosis          | <input type="checkbox"/> Dolor de cuello crónico    | <input type="checkbox"/> Fractura-compresión vertebral |
| <input type="checkbox"/> Osteoartritis       | <input type="checkbox"/> Infarto cerebral    | <input type="checkbox"/> Síndrome de Dolor Regional | <input type="checkbox"/> Dolor por cáncer              |
| <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide | <input type="checkbox"/> Hepatitis           | Complejo  | <input type="checkbox"/> Enfermedad autoinmune         |
| <input type="checkbox"/> Ciática crónica     | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn | <input type="checkbox"/> Anemia de células          | <input type="checkbox"/> Neuralgia posherpética        |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad riñón    | <input type="checkbox"/> Colitis ulcerosa    | falciformes   | <input type="checkbox"/> Otra: _____                   |
|  | <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple | <input type="checkbox"/> Cistitis intersticial      |  |

¿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

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

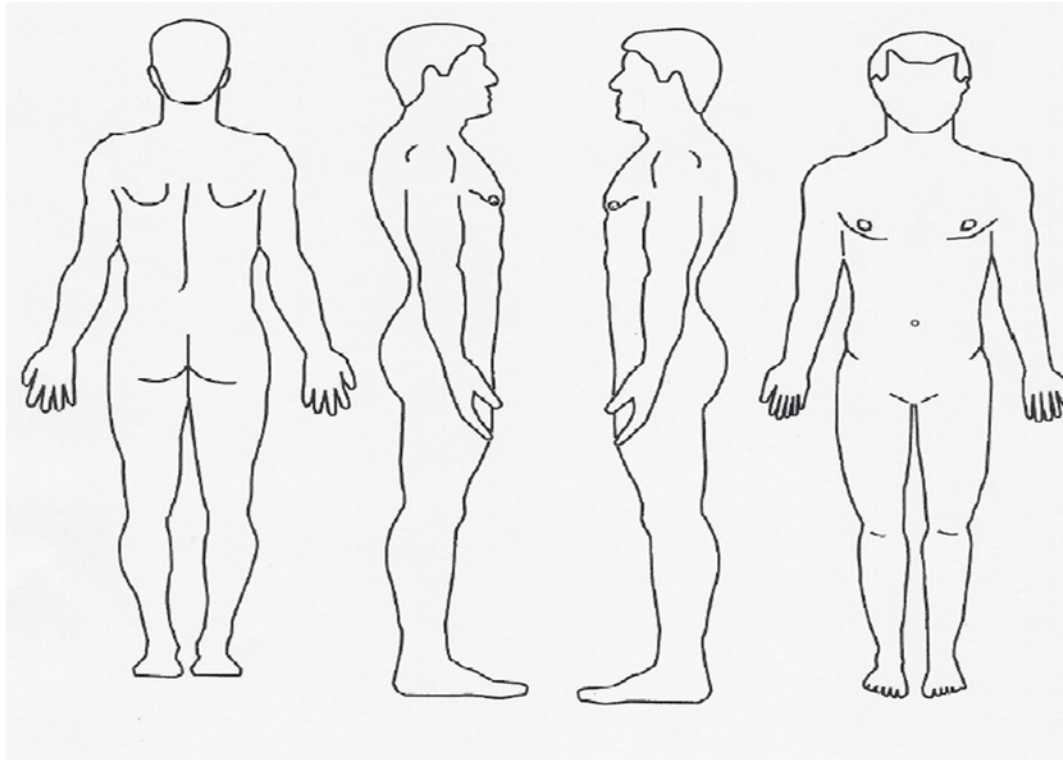
En este momento:  0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Al peor:  0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Al menor:  0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Al promedio:  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 = B
- Calambres = C
- Sordo = D
- Entumecido = N
- Hormigueo = P
- Agudo = S
- Palpitante = T
- Espasmos musculares = M

Por favor indique si lo siguiente <b>AUMENTA</b> o <b>DISMINUYE</b> su dolor	Aumenta	Disminuir
Calor		
Frio		
Cambios del clima		
Estar sentado		
Estar parado/de pie		
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		

**¿Cuándo está peor el dolor?**

- Por la mañana
- Durante el día
- Por la tarde
- Por la noche
- Otro \_\_\_\_\_

**¿Tiene algún otro síntoma asociado con 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: \_\_\_\_\_
- Cambios de intestino o vejiga
- Mareos
- Dolor de cabeza
- Vista borrosa
- Otro \_\_\_\_\_

Terapia física		
Evacuación intestinal		
Estornudar/Toser		
Estrés		
Medicamento		
Otro:		

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

- 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 interactuar 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

¿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?	

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.

**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 secundario causado por sus medicamentos para el dolor (Marcar TODOS que apliquen)**

- Náusea     Sarpullido     Confusión     Reflujo ácido     Perdido de memoria  
 Vómitos     Picazón     Mareos     Estreñimiento     Otro: \_\_\_\_\_  
 Diarrea     Sedación     Dolor de estómago     Retención urinaria     Ningún efecto secundario

**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 <input type="checkbox"/> Nunca he tomado opioides											
Si le han prescrito opioides alguna vez, ¿a qué edad primero empezó a tomarlos? _____											
Medicamento	Beneficial	Sin beneficio	Efectos secundarios	Medicamento	Beneficial	Sin beneficio	Efectos secundarios	Medicamento	Beneficial	Sin beneficio	Efectos secundarios
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 <input type="checkbox"/> Nunca he tomado anti-inflamatorios											
Medicamento	Beneficial	Sin beneficio	Efectos secundarios	Medicamento	Beneficial	Sin beneficio	Efectos secundarios	Medicamento	Beneficial	Sin beneficio	Efectos secundarios
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 <input type="checkbox"/> Nunca he tomado aspirina o acetaminofeno											
Medicamento	Beneficial	Sin beneficio	Efectos secundarios	Medicamento	Beneficial	Sin beneficio	Efectos secundarios	Medicamento	Beneficial	Sin beneficio	Efectos secundarios
Aspirina				Acetaminofeno (Tylenol)							
RELEJANTES de MÚSCULOS <input type="checkbox"/> Nunca he tomado relajantes de músculo											
Medicamento	Beneficial	Sin beneficio	Efectos secundarios	Medicamento	Beneficial	Sin beneficio	Efectos secundarios	Medicamento	Beneficial	Sin beneficio	Efectos secundarios
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 secundarios	Medicamento	Beneficial	Sin beneficio	Efectos secundarios	Medicamento	Beneficial	Sin beneficio	Efectos secundarios
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 secundarios	Medicamento	Beneficial	Sin beneficio	Efectos secundarios	Medicamento	Beneficial	Sin beneficio	Efectos secundarios
Gabapentin (Neurontin, Gralise)				Carbamazepine (Tegretol)				Oxcarbazepine (Trileptal)			
Pregabalin (Lyrica)				Levetiracetam (Keppra)				Lamotragine (Lamictal)			
Topiramate (Topamax, Trokendi XR, Qudexy XR)				Zonisamide (Zonegran)				Otro:			
Tiagabine (Gabatril)				Valproic Acid (Depakote, Depakene)							

**OTROS MEDICAMENTOS PARA EL DOLOR o PARA MIGRAÑAS  Nunca he tomado estos medicamentos**

Medicamento	Beneficial	Sin beneficio	Efectos secundarios	Medicamento	Beneficial	Sin beneficio	Efectos secundarios	Medicamento	Beneficial	Sin beneficio	Efectos secundarios
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)				Inyecciones de Botox			

Diltiazem (Cardiazem)				Irbesartan (Avapro)				Litio			
Verapamil (Calan, Isoptin, Verelan)				Losartan (Cozaar)				Otro:			

MEDICAMENTOS PARA DORMIR <input type="checkbox"/> Nunca he usado ayuda para dormir											
Medicamento	Beneficial	Sin beneficio	Efectos secundarios	Medicamento	Beneficial	Sin beneficio	Efectos secundarios	Medicamento	Beneficial	Sin beneficio	Efectos secundarios
Zolpidem (Ambien)				Ramelteon (Rozerem)				Trazodone (Desyrel)			
Eszopiclone (Lunesta)				Sodium Oxybate (Xyrem)				Melatonin			
Temazepam (Restoril)				Doxepin (Silenor)				Otro:			
Zaleplon (Sonata)				Suvorexant (Belsomra)							

SEDATIVAS y ANSIOLÍTICOS <input type="checkbox"/> Nunca he tomado											
Medicamento	Beneficial	Sin beneficio	Efectos secundarios	Medicamento	Beneficial	Sin beneficio	Efectos secundarios	Medicamento	Beneficial	Sin beneficio	Efectos secundarios
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

**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 simpático							
Estimulador de la médula espinal							
Bomba intratecal (para dolor)							
Infusión de ketamina							
Vertebroplastia							
Cifoplastia							
Otro Tratamiento:							

No he probado otros tratamientos para mi dolor actual.

**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.

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: \_\_\_\_\_

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:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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



**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.

- |   |   |   |   |  |
|---|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Aspirina ( <input type="checkbox"/> 81 mg <input type="checkbox"/> 325 mg) | <input type="checkbox"/> Arixtra (fondaparinux) | <input type="checkbox"/> ReoPro (abciximab)   | <input type="checkbox"/> Anti-inflammatories  | <input type="checkbox"/> Ajo               |
| <input type="checkbox"/> Pletal (cilostazol)  | <input type="checkbox"/> Xarelto (rivaroxaban)  | <input type="checkbox"/> Pradaxa (dabigatran) | <input type="checkbox"/> Heparin              | <input type="checkbox"/> Ginseng           |
| <input type="checkbox"/> Persantine (dipyridamole)  | <input type="checkbox"/> Eliquis (apixaban)     | <input type="checkbox"/> Plavix (clopidogrel) | <input type="checkbox"/> Lovenox (enoxaparin) | <input type="checkbox"/> Ginkgo            |
| <input type="checkbox"/> Aggrenox (dipyridamole/aspirin)  | <input type="checkbox"/> Savaysa (edoxaban)     | <input type="checkbox"/> Effient (prasugrel)  | <input type="checkbox"/> Coumadin (warfarin)  | <input type="checkbox"/> Aceite de pescado |

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

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

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

Drogas/Medicamentos	Reacción alérgica

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

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Pos-histerectomía          | <input type="checkbox"/> Edad fértil – Sin anticoncepción                |
| <input type="checkbox"/> Pos-Menopausa              | <input type="checkbox"/> Edad fértil – Con medicamento de anticoncepción |
| <input type="checkbox"/> No puedo quedar embarazada | <input type="checkbox"/> Edad fértil – Otra anticoncepción               |

¿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? \_\_\_\_\_

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

	Desorden autoinmune	cáncer	Diabetes	Dolor de cabeza	Enfermedad cardíaca	Problemas de salud mental	Abuso de alcohol	Enfermedad renal	Enfermedad de hígado	Artritis reumatoide	Abuso de drogas ilegales	Infarto cerebral
<b>Madre</b>												
<b>Padre</b>												
<b>Hermano</b>												

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

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

**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 prescritas?**  No  Actualmente  Ya no  
Si ha respondido 'Sí', ¿cuáles medicamentos prescritos? \_\_\_\_\_

**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): \_\_\_\_\_

**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 \_\_\_\_\_

**¿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

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

Ningunas caídas en el último año

1 caída en el último año *sin lesión*

Una caída en el último año

2 o más caídas en el último año *sin lesión*

Dos caídas en el último año

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:** \_\_\_\_\_  
(Paciente, guardiana o representativa del paciente)

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

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