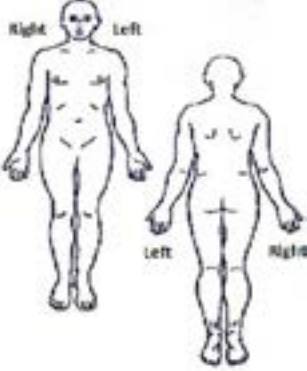


Nombre: _____ Edad: _____ Género: *Hombre* *Mujer* Altura: _____ Peso: _____ libras

<p>Razón para la visita de hoy (Marcar cada una que aplique)</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">Cita rutinaria</td> <td style="width: 50%;">Problema de medicamento</td> </tr> <tr> <td>Revisión de imágenes</td> <td>Evaluación (posprocedimiento)</td> </tr> <tr> <td>Relleno de medicación</td> <td>Nuevo problema: _____</td> </tr> <tr> <td>Revisión de resultados</td> <td>Otro: _____</td> </tr> </table>	Cita rutinaria	Problema de medicamento	Revisión de imágenes	Evaluación (posprocedimiento)	Relleno de medicación	Nuevo problema: _____	Revisión de resultados	Otro: _____	<p>Desde que empezó a recibir tratamiento con MD Pain, ¿cómo ha cambiado su dolor?</p> <p>Alivio de dolor: _____% (0-100%) Mejoramiento de función: _____% (0-100%) Mejoramiento de calidad de vida: _____% (0-100%)</p>																				
Cita rutinaria	Problema de medicamento																												
Revisión de imágenes	Evaluación (posprocedimiento)																												
Relleno de medicación	Nuevo problema: _____																												
Revisión de resultados	Otro: _____																												
<p>Mi QUEJO PRINCIPAL es (Marcar solo UNO)</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td>dolor de cabeza</td> <td>dolor del cuello</td> <td>brazo (izqdo)</td> </tr> <tr> <td>dolor facial</td> <td>dolor de espalda baja</td> <td>brazo (dcho)</td> </tr> <tr> <td>dolor de pecho</td> <td>dolor de espalda media</td> <td>pierna (izqda)</td> </tr> <tr> <td>dolor abdominal</td> <td>dolor de glúteo</td> <td>pierna (dcha)</td> </tr> <tr> <td>dolor de ingle</td> <td>dolor de cóccix</td> <td>Otro: _____</td> </tr> </table>	dolor de cabeza	dolor del cuello	brazo (izqdo)	dolor facial	dolor de espalda baja	brazo (dcho)	dolor de pecho	dolor de espalda media	pierna (izqda)	dolor abdominal	dolor de glúteo	pierna (dcha)	dolor de ingle	dolor de cóccix	Otro: _____	<p>¿Cuándo le ayudan sus medicamentos específicamente?</p> <p>Alivio de dolor: _____% (0-100%) Mejoramiento de función: _____% (0-100%) Mejoramiento de calidad de vida: _____% (0-100%) No estoy tomando medicamentos para mi dolor</p>													
dolor de cabeza	dolor del cuello	brazo (izqdo)																											
dolor facial	dolor de espalda baja	brazo (dcho)																											
dolor de pecho	dolor de espalda media	pierna (izqda)																											
dolor abdominal	dolor de glúteo	pierna (dcha)																											
dolor de ingle	dolor de cóccix	Otro: _____																											
<p>Mis quejos ADICIONALES son (Marcar cada una que aplique)</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td>dolor de cabeza</td> <td>dolor del cuello</td> <td>brazo (izqdo)</td> </tr> <tr> <td>dolor facial</td> <td>dolor de espalda baja</td> <td>brazo (dcho)</td> </tr> <tr> <td>dolor de pecho</td> <td>dolor de espalda media</td> <td>pierna (izqda)</td> </tr> <tr> <td>dolor abdominal</td> <td>dolor de glúteo</td> <td>pierna (dcha)</td> </tr> <tr> <td>dolor de ingle</td> <td>dolor de cóccix</td> <td>Otro: _____</td> </tr> </table>	dolor de cabeza	dolor del cuello	brazo (izqdo)	dolor facial	dolor de espalda baja	brazo (dcho)	dolor de pecho	dolor de espalda media	pierna (izqda)	dolor abdominal	dolor de glúteo	pierna (dcha)	dolor de ingle	dolor de cóccix	Otro: _____	<p>¿Tiene algún efecto secundario? Sí No N/A</p> <p>Si contestó 'sí', ¿cuál? _____</p>													
dolor de cabeza	dolor del cuello	brazo (izqdo)																											
dolor facial	dolor de espalda baja	brazo (dcho)																											
dolor de pecho	dolor de espalda media	pierna (izqda)																											
dolor abdominal	dolor de glúteo	pierna (dcha)																											
dolor de ingle	dolor de cóccix	Otro: _____																											
<p>Contestar las siguientes preguntas:</p> <p>¿Qué tan severo es su peor dolor cuando se agrava? _____ (0-10)</p> <p>¿Cuál sería un objetivo de dolor aceptable para poder hacer sus actividades diarias? _____ (severidad aceptable, de 0 a 10)</p> <p>¿Cuáles actividades ya no puede hacer debido a su dolor, pero le gustaría poder volver a hacer? _____ (0-10)</p>	<p>Por favor, anotar cualquier cambio en sus medicamentos:</p> <p>_____</p>																												
<p>Indicar dónde su dolor está localizado:</p> <div style="display: flex; align-items: flex-start;">  <div style="margin-left: 20px;"> <p>1. Usar las letras siguientes para describir su dolor.</p> <p>Adolorido = A Ardiente = B Calambres = C Sordo = D Entumecido = N Hormigueo = P Agudo = S Palpitante = T Espasmos musculares = M</p> <p>2. Dibujar flechas donde irradia el dolor.</p> </div> </div>	<p>Si recibió una inyección o procedimiento para el dolor desde su última visita, ¿cómo ha respondido?</p> <p>Alivio de dolor: _____% (0-100%) Mejoramiento de función: _____% (0-100%) Duración de beneficio/alivio: _____ (horas, días, semanas, meses) ¿Algún efecto secundario? _____ No he tenido ningunos procedimientos desde la última visita</p>																												
<p>¿Qué aumenta su dolor?</p> <p>¿Qué disminuye su dolor?</p>	<p>¿Recibe algún otro tratamiento para su dolor? Sí No</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td>Terapia física:</td> <td>Útil</td> <td>Inútil</td> <td>N/A</td> </tr> <tr> <td>Quiropráctica:</td> <td>Útil</td> <td>Inútil</td> <td>N/A</td> </tr> <tr> <td>Masaje:</td> <td>Útil</td> <td>Inútil</td> <td>N/A</td> </tr> <tr> <td>Acupuntura:</td> <td>Útil</td> <td>Inútil</td> <td>N/A</td> </tr> <tr> <td>Estimulador eléctrico de nervios:</td> <td>Útil</td> <td>Inútil</td> <td>N/A</td> </tr> <tr> <td>Aparato/Ortesis</td> <td>Útil</td> <td>Inútil</td> <td>N/A</td> </tr> <tr> <td>Otro:</td> <td>Útil</td> <td>Inútil</td> <td>N/A</td> </tr> </table>	Terapia física:	Útil	Inútil	N/A	Quiropráctica:	Útil	Inútil	N/A	Masaje:	Útil	Inútil	N/A	Acupuntura:	Útil	Inútil	N/A	Estimulador eléctrico de nervios:	Útil	Inútil	N/A	Aparato/Ortesis	Útil	Inútil	N/A	Otro:	Útil	Inútil	N/A
Terapia física:	Útil	Inútil	N/A																										
Quiropráctica:	Útil	Inútil	N/A																										
Masaje:	Útil	Inútil	N/A																										
Acupuntura:	Útil	Inútil	N/A																										
Estimulador eléctrico de nervios:	Útil	Inútil	N/A																										
Aparato/Ortesis	Útil	Inútil	N/A																										
Otro:	Útil	Inútil	N/A																										
<p>Desde su última visita con MD Pain, ¿ha habido nuevos:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">Problemas de balance</td> <td style="width: 50%;">Entumecido: brazos piernas</td> </tr> <tr> <td>Dificultad al caminar</td> <td>Hormigueo: brazos piernas</td> </tr> <tr> <td>Incontinencia (vejiga)</td> <td>Debilidad: brazos piernas</td> </tr> <tr> <td>Incontinencia (colon)</td> <td>Otro: _____</td> </tr> </table>	Problemas de balance	Entumecido: brazos piernas	Dificultad al caminar	Hormigueo: brazos piernas	Incontinencia (vejiga)	Debilidad: brazos piernas	Incontinencia (colon)	Otro: _____	<p>Desde su última visita, ha tenido algún nuevo:</p> <p>¿Radiografía/MRI/CT? Sí No ¿Cuál tipo y dónde? ¿Anticoagulante de sangre? Sí No ¿Cuál? ¿Hospitalizaciones/cirugías? Sí No ¿Cuál? ¿Algún otro síntoma nuevo y preocupante o cambios en su salud? Sí No Si contestó 'sí', por favor explicar abajo.</p>																				
Problemas de balance	Entumecido: brazos piernas																												
Dificultad al caminar	Hormigueo: brazos piernas																												
Incontinencia (vejiga)	Debilidad: brazos piernas																												
Incontinencia (colon)	Otro: _____																												
<p>Si su dolor afecta su estado de ánimo, apetito, o sueño, ¿cuáles?</p>	<p>Por favor comentar en cualquier información adicional aquí:</p> <p>_____</p>																												

Certifico que la información arriba es exacta y verdadera.

Firma: _____

Fecha de hoy: _____