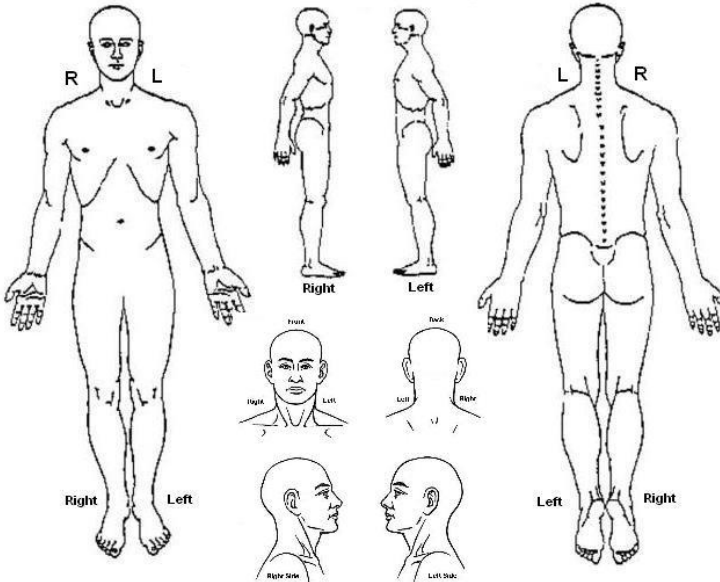


## Parte I - Historia del dolor (Información del Problema Principal)

### Sección 1 - Inicio y Duración

Inicio repentino ¿Cuánto tiempo usted lleva con dolor?  
 Inicio gradual \_\_\_\_\_  
 Fecha cuando comenzó: \_\_\_\_\_ (Días, Meses, Años)

### Sección 2 - Localización - Coloree todas las áreas donde usted tiene dolor



### Sección 3 - Causa de su dolor - ¿Qué causó su dolor?

Accidente relacionado al Trabajo Fecha: \_\_\_\_\_  
 ¿Es esto un caso de "Worker's Comp"?  Sí  No Fecha: \_\_\_\_\_  
 Accidente de tránsito Fecha: \_\_\_\_\_  
 No se como comenzó  
 Otro (Brevemente explique): \_\_\_\_\_

### Sección 4 - Severidad

Mejorando Indique en una escala de 0 a 10, cómo es su dolor:  
 Empeorando 1) Cuando peor está: \_\_\_\_\_/10  
 No ha cambiado 2) Cuando mejor está: \_\_\_\_\_/10  
3) Ahora mismo: \_\_\_\_\_/10  
4) La mayor parte del tiempo: \_\_\_\_\_/10 (promedio)

### Sección 5 - Hora del día cuando empeora - ¿Cuándo es su dolor peor?

No está influenciado por la hora del día.  Durante actividades o ejercicio  
 Por las mañanas  Después de actividades o ejercicio  
 Por las tardes  Después de estar inmovilizado  
 Por la noche

### Sección 6 - Factores que lo agravan- ¿Qué hace su dolor peor?

Doblarse  Movimientos bruscos  Torcerse  
 Defecar (ir al baño)  Bloqueos de Nervio  Caminar  
 Trepár  Sentarse por mucho tiempo  Caminar cuesta arriba  
 Comer  Estar parado por mucho tiempo  Caminar cuesta abajo  
 Copular (Sexo)  Ponerse en cuclillas  Trabajar  
 Arrodillarse  Inclinar o doblarse  
 Levantar objetos  La cirugía lo empeoró

### Sección 7 - Factores que le proveen alivio - ¿Qué le mejora su dolor?

Acupuntura  Descansar o recostarse  Caminar o andar  
 Flexión (Doblarse)  Sentarse  
 Biofeedback  Dormir  
 Estiramiento  Estar parado  
 Compresas frías  Unidad eléctrica TENS  
 Compresas calientes  Usar una faja  
 Hipnosis  Terapia de relajación  
 Recostarse  Terapia física  
 Medicamentos  Duchas o baños calientes  
 Bloques de Nervio  Manipulaciones quiroprácticas

### Sección 8 - Síntomas Asociados - ¿Cuáles de éstos usted ha tenido?

Cambios del color  Entumecimiento  
 Estreñimiento  Cambios de la personalidad  
 Calambres por el día  Tristeza  
 Calambres por la noche  Espasmos  
 Depresión  Ideas Suicidas  
 Vértigos  Sudoración  
 Disfunción eréctil  Hinchazón  
 Fatiga  Cambios de temperatura  
 Impotencia  Hormigueo  
 Inhabilidad para concentrarse  Vómitos  
 Inhabilidad de controlar su vejiga  Debilidad  
 Inhabilidad de controlar los intestino  El dolor me despierta  
 Náusea  El dolor no me deja dormir

### Sección 9 - Cualidades - ¿Cuál del las siguiente describe su dolor?

Dolor  Temeroso  Punzonada  
 Agonizante  Sensación de presión  Golpe eléctrico  
 Molestia  Sensación de peso  Enfermizo o enfermante  
 Quemazón  Aumentando en duración  Desgarrador  
 Constante  Disminuyendo en duración  Puñalada  
 Intermitente  Pesado  Superficial  
 Espasmódico  Horrible  Sensible  
 Cruel  Caliente  Palpitante  
 Profundo  Picazón  Como que zumba  
 Debilitante  Agudo  Agotador  
 Desesperante  El regañar  Como dolor de muelas  
 Terrible  Presión  Incómodo  
 Embotado  Pulsante  Relacionado al trabajo  
 Agotador  Castigante (me hace sufrir)

### Sección 10 - Examinaciones o pruebas anteriores

Biopsia  Endoscopia  Prueba de Conducción Nerviosa  
 Bone Scan  Epidurograma  Evaluación Neurológica  
 CPT  MRI  Evaluación Neuroquirúrgica  
 CT  Myelograma  Evaluación Ortopédica  
 CT- Myelograma  Bloques Del Nervio  Evaluación Del Chiropráctica  
 Discograma  Espinales  Evaluación Psiquiátrica  
 EMG/PNCV  radiografías

### Sección 11 - Tratamientos Anteriores

Biofeedback  Radiofrecuencia  
 Manipulaciones quiroprácticas  Terapia de relajamiento  
 Cryoanalgesia  Estimulador de la Médula Espinal  
 Inyecciones esteroides epidural  Esteroides (por boca)  
 Bloqueos de faceta  Ejercicios de fortalecimiento  
 Hipnoterapia (Hipnosis)  Ejercicios de estiramiento  
 Bomba de la morfina  Unidad TENS  
 Medicaciones narcóticas  Tracción  
 Terapia de la comprobación  Inyecciones del punto del disparador  
 Ejercicios de la piscina

### Sección 12 - Adicional información

1) Número de visitas a sala de Emergencia en los último 2 meses: \_\_\_\_\_  
 2) Número de Médicos que usted ha visto para este problema: \_\_\_\_\_  
 3) ¿Ha sido visto por otro especialista del dolor o en otra clínica de dolor? Sí  No   
 4) ¿Tiene un abogado relacionado con su condición o este caso? Sí  No   
 5) ¿Está usted solicitando incapacidad? Sí  No

### Sección 13 - Notas Del Médico

Firma del Medico: \_\_\_\_\_

## Parte II - Repaso de sistemas

### Sección 14 - Historial Cardiovascular

Problemas cardíacos       Paro cardíaco  
 Anormales de ritmo cardíaco       Congestión cardíaca  
 Uso diario de aspirina       Soplo del corazón  
 Alta presión       Problemas de Válvula cardiaca  
 Dolores de Pecho       Cateterismo cardíaco  
 Ataque al corazón **Fecha:** \_\_\_\_\_  Uso de anticoagulantes  
 Cirugía de Corazón      (Coumadin, Ticlid, aspirina, etc.)  
 Marcapasos o defibrilador       Requiere antibióticos antes de trabajos dentales

### Sección 15 – Historial Pulmonar

Problemas respiratorios       Fumo cigarrillos o cigarros  
 Asma       Padezco de bronquitis  
 Enfisema       Tengo sarcoidosis  
 Corto de respiración       He estado expuesto a tuberculosis  
 Ronco mientras que duermo       **Apnea del sueño**

### Sección 16 – Historial Neurológico

Desórdenes de movimiento       Escoliosis  
 Convulsiones       Incontinencia (urinaria o Fecal)  
 Epilepsia      **Fecha** del ultimo ataque: \_\_\_\_\_  
 Derrame cerebral       Déficit mental o debilidad:  
 Neuropatía       Nací con anomalías en la espina  
 Espina Bífida

### Sección 17 – Historial Psiquiátrico

Historial Bipolar       Ideas suicidas  
 Desorden de ansiedad       Atentado suicida  
 Depresión       He sido abusado(a) sexualmente  
 Ataques de Pánico       Padezco de insomnio

### Sección 18 – Historial Gastrointestinal

Ulceras       Hepatitis  
 Hernia Hiatal       Cirrosis  
 Reflujo       Pancreatitis  
 Síndrome de irritabilidad intestinal       Estreñimiento

### Sección 19 – Historial Genitourinario

Problemas del riñón       Sangre en la orina  
 Fallo renal (¿Diálisis?)       Infecciones urinarias recurrentes  
 Piedras en el riñón

### Sección 20 – Historial Hematológico

Anemia       Enfermedades de la sangre  
 Desarrollo hematomas fácilmente       Problemas de coagulación  
 Sangro profusamente       Contaje bajo de plaquetas  
 Hemofilia

### Sección 21 – Historial Endocrino

Diabetes (IDDM, NIDDM)  
 Problemas de la Tiroides (Punto bajo, Alto)

### Sección 22 – Historial Reumatológico

Lupus       Fibromialgia  
 Osteoartritis       Miositis / Polimiositis  
 Artritis reumatoidea       Síndrome de fatiga crónica

### Sección 23 – Historial Musculoesqueletal

Miastenia Gravis       Esclerosis Múltiple  
 Distrofia Muscular       Hipertermia Maligna

### Sección 24 - Otro Historial Significativo

Pérdida reciente de peso       Problemas con anestesia  
 Exposición al SIDA  
 Cáncer: (¿De donde y que tipo?) \_\_\_\_\_  
 Algo que tenga que añadir:

### Sección 25 – Historial Social

Casado(a)     Soltero(a)     Divorciado(a)     Viudo(a)  
 Separado      Número hijos: \_\_\_\_\_  
 Fumador(a): Fumo \_\_\_\_\_ paquetes de cigarrillo al día  
                          Comencé a fumar a la edad de \_\_\_\_\_ años.  
 Paré de fumar hace \_\_\_\_\_ (años, meses, días) atrás.  
 Nunca he fumado       Me dicen que ronco por la noche.  
 Abuso de alcohol       Arrestado por "conducir embriagado"  
 Alcoholismo       Acusado o arrestado anteriormente  
 Abuso de drogas  
 Uso ilegal de drogas

### Sección 26 – Historial de Trabajo

Tengo trabajo permanente     Trabajo temporero     Estoy retirado  
 Tipo de trabajo: \_\_\_\_\_  
 Deshabilitado desde \_\_\_\_\_ (Día), debido a: \_\_\_\_\_  
 Desempleado debido al dolor desde \_\_\_\_\_ (Día)  
 Deje de ir a trabajar por mi propia cuenta  
 Mi doctor me dio una excusa para no ir a trabajar  
 Nombre del medico que le dio la excusa: \_\_\_\_\_

### Sección 27 – Historial Quirúrgico

Cirugía de corazón       Cirugía de cuello  
 Cirugía de pulmón       Cirugía de cadera  
 Cirugía de espalda       Cirugía de rodilla  
 Alguna otra cirugía: \_\_\_\_\_

### Sección 28 – Historial Familiar

Alcoholismo  
 Dolores Crónicos  
 Diabetes  
 Adicción a drogas  
 Alta presión  
 Cáncer (indique qué tipo)

### Sección 29 - Médicos envueltos en su cuidado

Especialidad	Nombre	No. Teléfono.
<b>Médico Primario</b> (Médico de cabecera)	_____	_____
Neurocirujano	_____	_____
Cirujano Ortopédico	_____	_____
Psicólogo	_____	_____
Psiquiatra	_____	_____
Algún otro médico:	_____	_____

Certifico por este medio que personalmente he completado esta forma, parte I y parte II, lo mejor que he podido. También reconozco que este documento es esencial para correctamente diagnosticar y tratar mi condición. También entiendo que si esta información resulta haber sido manipulada, o información omitida, esto puede ser argumento para mi despido de este programa.

Nombre: \_\_\_\_\_

Firma del paciente: \_\_\_\_\_

### Sección 30 - Notas del médico

Firma del Medico: \_\_\_\_\_