

CONTROL DE DOLOR

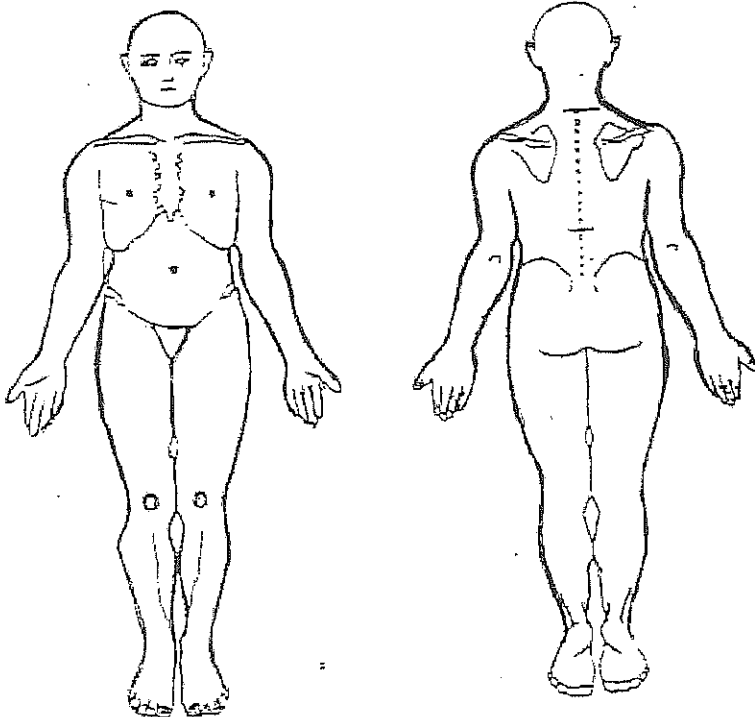
FORMULARIO DE NUEVO PACIENTE

Nombre _____ SS# _____
 Teléfono: Fijo _____ Celular _____ Laboral _____
 Empleo: _____ Email _____ Emergencia# _____
 Fecha de nacimiento _____ Médico primario _____ Cirujano _____

¿Cómo se entera de nosotros? Amigo/familiar, Médico, Internet, Radio, TV, diario, compañía de seguro.

Diagrama de dolor (sombrear áreas de dolor)

EXCLUSIVAMENTE USO OFICIAL



Médico remitente:
Allergies:
Pharmacy:
Weight:
Blood Pressure: _____ / _____
PO ₂ : _____ %
Heart Rate:
Temperature:
Email:

Calificación de dolor: (marque con un circulo el número que corresponde) 0=No hay dolor / 10 Dolor máximo

Día mejor:	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Día peor:	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Usualmente:	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hoy:	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Acceptable:	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Motivo de consulta: _____

Historia de dolor: 1. ¿Cuánto tiempo lo sufre? _____ Días _____ Semanas _____ Meses _____ Años

2. **El dolor se le ocurrió:** Gradualmente Bruscamente

3. **Es el resultado de una herida o enfermedad?** Sí No

Accidente laboral (Fecha _____) Personal (Date _____) Levantamiento Otro

Favor de explicar: _____

4. **El dolor es:** Constante **Intermitente,** **Episodios Duran:** Minutos Horas Días Meses

5. **Describe su dolor: (Encierre con un círculo los que apliquen)**

Sordo Ardiente Frío Profundo adolorido Eléctrico

Punzante Adormeciendo Pulsante Torsión Ajeno Irradiante

Palpitante Opresión Hormigueo Caloroso Agudo Extensión

6. **¿Se le va a otras partes del cuerpo su dolor? (Marque con un círculo) Sí No**

El sí, se empieza de: {Izquierda Derecho Ambos} {Cuello Hombro Media espaldas Lumbar Cadera Rodilla}

Se va a: {Izquierda Derecho Ambos} {Cuello Hombro Media espaldas Lumbar Cadera Rodilla}

7. **¿Cómo cambia su dolor con respecto a los siguientes?**

	Hace que mejore	Hace que empeore	No hay cambio
Actividad física	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inclinar hacia adelante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inclinar hacia atrás	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Frío	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Calor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Levantamiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Horas tempranas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Presión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Horas tardes (noches)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estar de pie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tocar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Efectos meteorológicos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Caminar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. ¿Qué síntomas acompañan su dolor? (marque con el círculo los que apliquen)

Incontinencia de la vejiga/del intestino Nausea/vomitar Fiebre/Escolofríos

¿ Debilidad, por dónde? _____

Historia del dolor: (Favor de contestar solamente en cuanto a su problema ACTUAL)

1 ESTUDIOS:

MRI	CT Scan	X-Ray	EMG
Area: _____	Area: _____	Area: _____	Area: _____

2. TERAPIAS:

	MEJORÓ DOLOR	EMPEORÓ DOLOR	NO HAY CAMBIO	NO SE TRATÓ
--	--------------	---------------	---------------	-------------

Terapia física	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
baños de contraste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quiropráctica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acupuntura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
TENS Unit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Faja lumbar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tracción	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inyección de Esteroide	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estimulador de columna	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medicaciones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. Intervenciones Previas:

____ Cirugía espinal (Fusión, Laminectomía, Etc) Fechas: _____ Niveles: _____

¿Mejóro el dolor? SI NO

____ Inyecciones de esteroides Fechas: _____ ¿Cuántas en el último año? _____ ¿Mejóro el dolor? SI NO

4. ¿Ha visitado a algun de los especialistas siguientes en cuanto a su dolor actual? (Marque con el círculo)

Acupunturita	Anestesiólogo	Quiropráctico	Dentista	Médico de ORL	Endocrinólogo
Internista	Hipnotista	Médico Primario	Neurólogo	Neurocirujano	Oftalmólogo
Ortopedia	médico psiquiatra	podólogo	psicóloga	reumatólogo	

Medicaciones:

1. Alergias a medicaciones: _____

2. Haga una lista de TODOS analgésicos que toma:

Nombre	Dosis	Cantidad Diaria	% de alivio	Efectos Secundarios

Antecedentes patológicos: (Encierre con el círculo cualquier condición que ya tiene o ha tenido en el pasado)

Diabetes	Colesterol alto	Enfermedad Cardíaca	Presión arterial alta	Asma	Tuberculosis
Apnea del sueño	Deficiencia de tiroides	Úlcera de estómago	Reflujo gástrico	Infecciones Urinaria	Lupus
Cáncer	Enfermedad hemorrágica	Exceso de tiroides	Hepatitis	VIH	
Insuficiencia Renal	Epilepsia	aneurisma	Ansiedad	Neuropatía	Depresión
Osteoartritis	Fibromialgia	Artritis	Estenosis Espinal	Espina Bífida	ICC
Escoliosis	Hernia de disco	Ciática	Otro: _____		

Antecedentes Quirúrgicos

Año: _____

Año: _____

Año: _____

Año: _____

Antecedentes familiares: (cáncer, diabetes, enfermedad cardíaca, enfermedad hemorrágica, condiciones dolorosas, etc.)

Pariente: _____

Pariente: _____

Pariente: _____

Antecedentes sociales: (encierre en el círculo)

Estado Civil: Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a

Uso del tabaco: SI YES SI, ¿Cuántos paquetes por día _____? Durante _____ años

Uso del alcohol: NO SI SI: ¿Qué cantidad por semana? _____

Uso de drogas ilícitas: NO SI Solo en el pasado SI, ¿Cuál(es) y cuánto? _____

Estado Labora: ¿Ud. está? Empleado/a Desempleado Discapacitado Jubilado

Ocupación? _____

Residencia: Ciudad _____ Estado: _____

Repaso de Sistemas: (Marque todos que apliquen)

- General: __ Fiebre __ Escalofríos __ Fatigue __ Cambio de peso
- Piel: __ Urticaria __ Comezón __ Cambio de color __ de textura
- HEENT: __ dolor de cabeza __ TEC __ Cambios de visión __ dolor optico
- __ Visión doblada __ Otagia __ Catarro __ Ronco/a
- Nódulos linfáticos: __ Inflamados
- Cardiovascular: __ Dolor de pecho __ Dificultad respiratorio __ Infarto cardiaco __ Hipertensión
- Respiratorio: __ Dificultad respiratoria __ EPOC __ Resuello __ Tos
- GI: __ Cambio de apetito __ Constipación __ Diarrea __ Dolor de estómago
- __ Nausea __ Vomitar __ heces sanguinolentas __ Úlceras intestinas
- Hematología: __ Se contusiona fácilmente __ Enfermedad hemorrágica
- Endocrino: __ Tiroidismo __ Diabetes __ Hepatitis
- Urinario: __ Dolor de costado __ Urgencia __ Frecuencia __ Cálculos renales
- __ Micción doliente __ Orina sanguinolenta
- Músculo-esquelético: __ Rigidez de articulaciones __ Inflamación de articulaciones __ Dolor vertebral
- Neurológico: __ Crisis epilépticas __ Amnesia __ Vértigo __ Insomnio
- __ Ansiedad __ Depresión __ Pensamientos suicidas __ Desequilibrio

Otra Información:

1. Favor de informarnos si ya está inscrito o tiene planes de inscribirse en estos programas.

	Ya me inscribí	Me estoy inscribiendo	Estoy planeando a inscribirme
Seguridad Social	_____	_____	_____
Incapacidad Laboral	_____	_____	_____
Incapacidad Privada	_____	_____	_____
Seguro de accidentes laborales	_____	_____	_____

2. ¿Le ha contratado a un abogado por su accidente o condición doliente?

- ___ No, no he contratado un abogado ni planeo hacerlo.
- ___ No, pero planeo contratarle a un abogado.
- ___ Sí, le contraté y el caso está pendiente.
- ___ Sí, le contraté y el caso se cerró.

3. Si haya litigación pendiente o potencial, favor de proveernos con la información siguiente:

Nombre y dirección del abogado: _____

Teléfono del abogado: _____

Nombre del acusado: _____

Abogado del acusado: _____