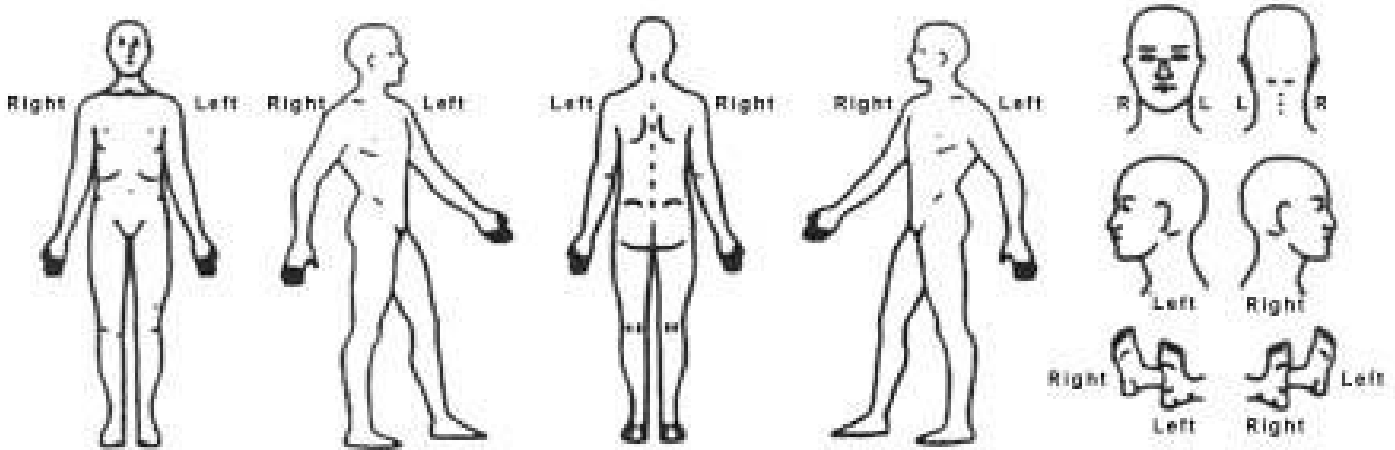


**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_ **FECHA DE HOY:** \_\_\_\_\_

**Describe brevemente tu dolor principal:** \_\_\_\_\_

Use X's para marcar el área donde siente dolor:



**¿Originalmente, cuándo comenzó tu dolor?**

- |  |              |   |              |
|--|--------------|---|--------------|
| <input type="radio"/> En el trabajo      | Fecha: _____ | <input type="radio"/> Accidente vehicular | Fecha: _____ |
| <input type="radio"/> Después de cirugía | Fecha: _____ | <input type="radio"/> Enfermedad          | Fecha: _____ |
| <input type="radio"/> Comenzó de repente | Fecha: _____ | <input type="radio"/> Otra razón: _____   | Fecha: _____ |

**¿Qué causó tu dolor?** \_\_\_\_\_

**Nivel de dolor bajo:** \_\_\_/10

**Nivel de dolor mas alto:** \_\_\_/10

**Nivel de dolor hoy:** \_\_\_/10

**¿Con qué frecuencia ocurre tu dolor?**

- |                                 |                                    |  |                                      |
|---------------------------------|------------------------------------|--|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> Raramente | <input type="radio"/> En ocasiones | <input type="radio"/> Mayoría del tiempo | <input type="radio"/> Constantemente |
|---------------------------------|------------------------------------|--|--------------------------------------|

**¿A qué hora empeora tu dolor?**

- |   |                                    |                                   |                                    |
|---|------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="radio"/> Sin tiempo específico | <input type="radio"/> En la mañana | <input type="radio"/> En la tarde | <input type="radio"/> Por la noche |
|---|------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|

**Elige lo que mejor describa tu dolor:**

- |                                      |                                 |                                 |   |
|--------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Entumecimiento | <input type="radio"/> Dispara   | <input type="radio"/> Radiante  | <input type="radio"/> Ardiente          |
| <input type="radio"/> Agudo          | <input type="radio"/> Aburrido  | <input type="radio"/> Electrico | <input type="radio"/> Palpitante        |
| <input type="radio"/> Golpeteo       | <input type="radio"/> Adolorido | <input type="radio"/> Hormigueo | <input type="radio"/> Otra dolor: _____ |

**¿El dolor ha afectado tu estado de ánimo?:** \_\_\_\_\_

**Indique cualquier síntoma asociado con su dolor:**

- Debilidad
- Entumecimiento
- Vómitos/Náuseas
- Fatiga
- Incontinencia intestinal
- Incontinencia urinaria
- Disfunción sexual
- Cambios en el cabello
- Cambio de color
- Cambio de temperatura
- Cambios en las uñas
- Otra síntoma: \_\_\_\_\_

**¿Cuál de los siguientes aumenta o disminuye su dolor?**

	Aumenta	Disminuye	Aumenta	Increases	Disminuye	Aumenta	Increases	Disminuye
Calor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Doblar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Caminar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hielo o frío	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Levantamiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Mantenerse ocupado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En pie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Emprendedor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Moviéndose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tensión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Retortijón	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentarse/ Pararse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Leventarse de la cama	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Inactividad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acostado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Clima húmedo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Alcohol	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tos/Estornudo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Agarre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Medicacion	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**¿El dolor ha afectado tu sueño?**

- Generalmente
- En ocasiones
- Raramente

**¿Cuántas horas duermes por la noche?**

- Menos de 6
- 6 a 10
- Mas de 10

**¿Tienes probelmas para conciliar el sueño?**

- Generalmente
- En ocasiones
- Raramente

**¿Tu dolor te despierta?**

- Generalmente
- En ocasiones
- Raramente

**Por favor revise cualquiera de los siguientes tratamientos que ha tenido y cómo ha ayudado:**

	Poor	Fair	Good	Very Good	Excellent
Acupuntura	<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/>
Terapia física	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Biorretroalimentación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asesoramiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psicoterapia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Terapia de inyección	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Unidad TENS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otra: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**¿Cuándo buscó tratamiento para su dolor inicialmente?** \_\_\_\_\_

**Indique a otro médico que haya visto para su dolor actual:** \_\_\_\_\_



**Alergias:** Enumere cualquier alergia, la reacción y la gravedad de la reacción, o marque "No se conocen alergias"

Sin alergias conocidas

Nombre del medicamento	Reacción	Gravedad (leve / moderada / severa)

**Historia social:**

**Estado civil:**  Soltero/a  Casada/o  Divorciado/a  Apartado/a  Viudo/a

**Situación de vida:**  Solo/a  Con otros: \_\_\_\_\_

**Consumo de café por día:**  Ninguna  \_\_\_\_\_ tazas

**Estado de fumar:**  Fumador todos los días – empacador por día \_\_\_\_\_  Nunca fumé

Algunos días fumador – cigarrillos por semana \_\_\_\_\_  Ex fumador – Detenido \_\_\_\_\_

Mascando tabaco – veces por día \_\_\_\_\_  Cigarrillo electrónico – Times per Day \_\_\_\_\_

**Consumo de alcohol:**  Nunca  \_\_\_\_\_ bebidas por día / semana / mes  Detenido \_\_\_\_\_

**¿Alguna vez ha consumido drogas recreativas o intravenosas, incluida la marihuana medicinal?**

Nunca  Actual  Detenido \_\_\_\_\_ Tipo \_\_\_\_\_ Cuánto tiempo? \_\_\_\_\_ Frecuencia? \_\_\_\_\_

**Empleo:** Ocupación actual: \_\_\_\_\_

**Estado de Empleo:**  Tiempo completo  Medio tiempo  Estudiante  Amo/a de casa

Compensación de trabajadores  Desempleados  Excedencia  Discapacidad  Retirado

**¿Si no está trabajando actualmente, ¿cuándo trabajó por última vez??** \_\_\_\_\_

¿Volvería a trabajar si tuviera menos dolor?  Si  No

¿Tiene o considera necesario buscar acciones legales con respecto a su dolor actual?  Si  No

Nombre del abogado: \_\_\_\_\_ Dirección : \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Historia familiar:** Por favor marque todo lo que corresponda solo a miembros de la familia inmediata y su relación con usted

Trastorno de la espalda \_\_\_\_\_  Diabetes \_\_\_\_\_

Trastorno de la tiroides \_\_\_\_\_  Carrera \_\_\_\_\_

Alta presión sanguínea \_\_\_\_\_  Enfermedad del corazón \_\_\_\_\_

Cancer \_\_\_\_\_  Migrañas \_\_\_\_\_

**¿Tiene un testamento vital o poder o abogado?**  No  Si (Por favor deja un copia)

**Tu información de contacto:** Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono Preferido #: \_\_\_\_\_

**Contacto de emergencia:** Nombre: \_\_\_\_\_ Relacionado contigo: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_

**Atención primaria:** Nombre: \_\_\_\_\_ Ubicación: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_

**Doctor referente:** Nombre: \_\_\_\_\_ Ubicación: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_