



Instrucciones

Por favor use lápiz del # 2 rellena el círculo como se demostrado...



POR FAVOR IMPRIME EL APELLIDO DE LA PACIENTE

Grid for printing the patient's last name

IMPRIME EL PRIMER NOMBRE DE LA PACIENTE

Grid for printing the patient's first name

FECHA DE NACIMIENTO

Grid for printing the birth date

MES

DÍA

AÑO

¿Motivo de la visita?

¿Consecuencia de una lesión? S/N Que tipo?

Cuál es su altura?

Metros: 3 4 5 6 7

Pulgadas: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11

Cuál es su peso?

100 200 300 400 500 600

Libras? 10 20 30 40 50 60 70 80 90

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Es usted: diestro zurdo ambidextro

Por favor doble en la línea de punto

La gravedad actual de los síntomas en una escala de 0 a 10 (0 = menos doloroso 10 = más doloroso)

Scale from 0 to 10 with smile and frown icons

Ha tenido problemas con la anestesia? (por ejemplo, fiebre alta, la hipertermia maligna) sí no

MEDICAMENTOS

Anote todos los medicamentos que esté tomando.

Incluye recetas (pastillas, inhaladores, cremas, inyecciones), medicamentos de venta libre (aspirina, antiácidos, etc), las vitaminas y los suplementos (aceite de pescado, etc.) Incluir medicamentos que se utilizan sólo cuando sea necesario.

Table with 3 columns: Nombre de medicamentos, la dosificación, la frecuencia

Table with 3 columns: Nombre de medicamentos, la dosificación, la frecuencia

Por favor doble en la línea de punto

Nombre de la farmacia, dirección y número de teléfono:

ALERGIAS Favor de indicar, si usted tiene alergias a alguno de los siguientes escribiendo la palabra "sí" o "no" en las líneas.

NO TENGO alergias conocidas penicilina eritromicina cipro colorante de contraste sulfa ibuprofeno látex yodo aspirina bacitracina

otros (especificar):

Raza: Indio Americano o Nativo de Alaska Negro o Afro-Americanos Caucáseo

Asiático Nativo de Hawai o otras islas del Pacífico

Etnicidad: Hispano o Latino no Hispano o Latino

Idioma de su preferencia: Inglés Japonés Italiano Otro Francés Coreano Español

Dirección de correo electrónico:



**HISTORIA SOCIAL**

**Cuál es su ocupación?** \_\_\_\_\_

**Cuál es su estado civil?** soltero  pareja doméstica  divorciado   
casado  separados  viudo

**Por favor, describa su consumo de tabaco de cigarrillos.** en la actualidad (cada día)  en el pasado  se desconoce el estado actual   
en la actualidad (algunos días)  nunca  se desconoce si ha fumado alguna vez

**Cuántos paquetes por día? (ahora o en el pasado)** ½  1  1½  2  >2

**Aconsejado dejar de fumar?** sí  no

**Bebe alcohol?** sí  no  en el pasado

**Cuántas bebidas por semana?** ocasionalmente  1-3  4-7  8-14  >14

**Frecuencia hace ejercicio?** nunca  raramente  1-3 veces / semana  3-5 veces / semana  diario

**Alguna vez has sido adicto o dependiente de drogas o medicamentos para el dolor?** sí  no

**Toma alguna medicación para el dolor?** sí  no

**Se actualmente se recetan medicamentos desde otro doctor o médico?** sí  no

**SU HISTORIA MÉDICA** Favor de indicar si **USTED** tiene una historia de los siguientes. (Marque todos los que apliquen.)

*Por favor doble en la línea de punto.*

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="radio"/> Diabetes                     | <input type="radio"/> Infección Urinaria Crónica             | <input type="radio"/> MRSA                                |
| <input type="radio"/> Dependiente de la Insulina   | <input type="radio"/> Síndrome del Intestino Irritable (IBS) | <input type="radio"/> Ataque del Corazón                  |
| <input type="radio"/> Transfusiones de Sangre      | <input type="radio"/> Insuficiencia Renal                    | <input type="radio"/> Marcapasos                          |
| <input type="radio"/> Apnea del Sueño              | <input type="radio"/> Trasplante de Riñón                    | <input type="radio"/> Implante de la Válvula del Corazón  |
| <input type="radio"/> C-PAP                        | <input type="radio"/> Osteoporosis                           | <input type="radio"/> Enfisema                            |
| <input type="radio"/> La Quimioterapia / Radiación | <input type="radio"/> Lupus / SLE                            | <input type="radio"/> La Tuberculosis (TB)                |
| <input type="radio"/> Hepatitis                    | <input type="radio"/> Parálisis                              | <input type="radio"/> La Fibromialgia                     |
| <input type="radio"/> Lesiones en la Cabeza        | <input type="radio"/> Epilepsia                              | <input type="radio"/> Diálisis                            |
| <input type="radio"/> Presión Arterial Alta        | <input type="radio"/> Enfermedad de Alzheimer                | <input type="radio"/> Cálculos Renales                    |
| <input type="radio"/> Dolor de Pecho               | <input type="radio"/> Anemia                                 | <input type="radio"/> Ictericia                           |
| <input type="radio"/> Enfermedad del Corazón       | <input type="radio"/> Problemas de Sangrado                  | <input type="radio"/> La Artritis Reumatoide              |
| <input type="radio"/> Stent Cardíaco               | <input type="radio"/> Los Coágulos de Sangre                 | <input type="radio"/> Gota                                |
| <input type="radio"/> Desfibrilador Implantado     | <input type="radio"/> Enfermedad Vascul Periférica           | <input type="radio"/> Apoplejía                           |
| <input type="radio"/> Asma                         | <input type="radio"/> Lesiones Importantes                   | <input type="radio"/> Convulsiones                        |
| <input type="radio"/> Bronquitis                   | <input type="radio"/> Cáncer                                 | <input type="radio"/> Problemas de Equilibrio             |
| <input type="radio"/> Biopsia de Mama              | <input type="radio"/> VIH / SIDA                             | <input type="radio"/> Flebitis                            |
| <input type="radio"/> Neumonía                     | <input type="radio"/> Trastornos del Sistema Inmune          | <input type="radio"/> Trastornos de la Piel               |
| <input type="radio"/> EPOC                         | <input type="radio"/> Ojos / Problemas de Visión             | <input type="radio"/> Osteoartritis                       |
| <input type="radio"/> Mastectomía                  | <input type="radio"/> Glaucoma                               | <input type="radio"/> Disco de Enfermedades               |
| <input type="radio"/> La Esófagitis por Reflujo    | <input type="radio"/> Oído, Nariz, Garganta Trastorno        | <input type="radio"/> Implante de Metal(s) o Fragmento(s) |
| <input type="radio"/> Problemas de los Riñones     | <input type="radio"/> Insuficiencia Cardíaca Congestiva      | <input type="radio"/> Accidentes Relacionados al Trabajo  |

*Por favor doble en la línea de punto.*

- OTRO** (especificar): \_\_\_\_\_
- Accidente de Vehículo(s)
- NINGUNO**

**HISTORIA MÉDICA FAMILIAR** Tiene algún familiar suyo que tienen una historia de cualquiera de los siguientes ? (Incluya sólo los padres, abuelos, hermanos y hijos).

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="radio"/> Abuso del Alcohol                 | <input type="radio"/> El Cáncer de Colon                  | <input type="radio"/> Esclerosis Múltiple                                |
| <input type="radio"/> Anemia                            | <input type="radio"/> Depresión                           | <input type="radio"/> Osteoporosis                                       |
| <input type="radio"/> Artritis                          | <input type="radio"/> Diabetes                            | <input type="radio"/> Convulsiones                                       |
| <input type="radio"/> Asma                              | <input type="radio"/> La Fibromialgia                     | <input type="radio"/> Apoplejía  |
| <input type="radio"/> Los Problemas de Espalda o Cuello | <input type="radio"/> Presión Arterial Alta               | <input type="radio"/> Complicaciones Quirúrgicas                         |
| <input type="radio"/> Problemas de la Vejiga            | <input type="radio"/> Colesterol Alto                     | <input type="radio"/> Problemas de Tiroides                              |
| <input type="radio"/> Desórdenes de la Sangre           | <input type="radio"/> Enfermedad Renal                    | <input type="radio"/> Otra enfermedad, el Cáncer o una Enfermedad Médica |
| <input type="radio"/> El Cáncer de Cerebro              | <input type="radio"/> Pulmón / Enfermedades Respiratorias |  |
| <input type="radio"/> El Cáncer de Mama                 | <input type="radio"/> Las Migrañas                        | <input type="radio"/> <b>NINGUNO</b>                                     |



**REVISIÓN DE LOS SÍNTOMAS** Favor de marcar solamente los síntomas que **ACTUALMENTE** están experimentando. Marcar todos los que se aplican. Si usted no tiene síntomas de una categoría, por favor marque "**NINGUNO**".

**GENERAL**

fiebre  pérdida de peso  infecciones persistentes   
 aumento de peso  fatiga  **NINGUNO**

**OJOS**

trastornos visuales  lentes / contactos  **NINGUNO**

**OÍDO, NARIZ Y GARGANTA**

pérdida de la audición  alergias estacionales  dolor de los sinusal   
 úlceras orales  **NINGUNO**

**CARDIOVASCULAR**

dificultad para respirar al esfuerzo  dolor de pecho  palpitaciones   
 falta de aliento  hinchazón de las manos / los pies  **NINGUNO**

**SENO**

masa / tumor mamario  dolor en el seno  secreción del pezón  **NINGUNO**

-----Por favor doble en la línea de punto-----

**RESPIRATORIO**

dificultad para respirar  sibilancias  tos crónica   
 tos con sangre  **NINGUNO**

**GASTROINTESTINAL**

estreñimiento  reflujo   
 náusea  diarrea crónica  hemorroides   
 vómitos  cambio en los hábitos intestinales  dolor abdominal  **NINGUNO**

**GENITOURINARIO FEMENINO (SÓLO MUJERES)**

el dolor pélvico  la urgencia urinaria  la resequedad vaginal   
 la frecuencia urinaria  sangre en la orina  flujo vaginal   
 la orina excesiva durante la noche  escape de orina  picazón o ardor vaginal   
 relaciones sexuales dolorosas  **NINGUNO**

**GENITOURINARIO MASCULINO (SÓLO HOMBRES)**

orina excesiva durante la noche  escape de orina  la urgencia urinaria   
 la frecuencia urinaria  impotencia  **NINGUNO**

**MUSCULOESQUELÉTICO**

dolor en las articulaciones  dolor muscular  debilidad muscular  **NINGUNO**

**LA PIEL**

la piel seca  erupción  úlcera de piel  **NINGUNO**

**ENDOCRINO**

cambios en el cabello  los sofocos  intolerancia al frío   
 intolerancia al calor  **NINGUNO**

-----Por favor doble en la línea de punto-----

**NEUROLÓGICO**

cambio en el sabor  desmayo  pérdida de la memoria   
 olor  dolores de cabeza  debilidad muscular   
 coordinación  desequilibrio  entumecimiento   
 dificultad para hablar  pérdida del equilibrio  sensación de hormigueo   
 desorientación  las caídas  convulsiones   
 mareo  pérdida de la conciencia  apoplejía   
 parálisis temporal  **NINGUNO**

**PSIQUIÁTRICO**

cambio en el patrón del sueño  depresión  ansiedad  **NINGUNO**

**HEME / LINFÁTICA**

moretones con facilidad  sangrado excesivo  problemas de la glándula  **NINGUNO**



## HISTORIA DE CIRUGÍA

Favor de marcar todas las cirugías que ha tenido.

No He Tenido CIRUGÍAS

### CIRUGÍAS DE COLUMNA

**Otras Cirugías de Columna**

Cirugía de Columna

Bomba para el Dolor

Estimulador Espinal

Tumor Espinal

La Cirugía de Escoliosis

Otros Cirugía de Columna

(por favor describa):

\_\_\_\_\_

	CERVICAL	LUMBAR	TORÁCICA
<b>Descompresión Espinal Primera</b>			
Discectomía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Laminectomía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fusión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Descompresión Espinal Segundo</b>			
Discectomía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Laminectomía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fusión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Descompresión Espinal Tercer</b>			
Discectomía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Laminectomía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fusión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

----- Por favor doble en la línea de punto -----

### CIRUGÍAS CEREBLARES

	TUMOR	ANEURISMA	SUBDURAL	ESTIMULATOR	GAMMA KNIFE
Cirugía de Cerebro Primero	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cirugía de Cerebro Segundo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Cirugía de Cerebro Otra(s) (describir): \_\_\_\_\_

La Cirugía de Próstata	RTU de Próstata <input type="radio"/>	Extracción <input type="radio"/>	
La Cirugía la Vesícula Biliar	Abierto <input type="radio"/>	Laparoscópica <input type="radio"/>	
La Cirugía Pulmonar	Izquierdo <input type="radio"/>	Derecho <input type="radio"/>	Ambos <input type="radio"/>
Transplante	Hígado <input type="radio"/>	Riñón <input type="radio"/>	Córnea <input type="radio"/>
Extracción del Riñón	Izquierdo <input type="radio"/>	Derecho <input type="radio"/>	Ambos <input type="radio"/>
La Cirugía de Cataratas	Izquierdo <input type="radio"/>	Derecho <input type="radio"/>	Ambos <input type="radio"/>
Extracción del Bulto del Cáncer de Mama	Izquierdo <input type="radio"/>	Derecho <input type="radio"/>	Ambos <input type="radio"/>
Mastectomía	Izquierdo <input type="radio"/>	Derecho <input type="radio"/>	Ambos <input type="radio"/>
Estética de las Mamas	Izquierdo <input type="radio"/>	Derecho <input type="radio"/>	Ambos <input type="radio"/>
Otros Cosméticos	Izquierdo <input type="radio"/>	Derecho <input type="radio"/>	Ambos <input type="radio"/>
Extracción del Ovario	Izquierdo <input type="radio"/>	Derecho <input type="radio"/>	Ambos <input type="radio"/>
La Cirugía del Túnel Carpiano	Izquierdo <input type="radio"/>	Derecho <input type="radio"/>	Ambos <input type="radio"/>
Reparación del Manguito Rotador	Izquierdo <input type="radio"/>	Derecho <input type="radio"/>	Ambos <input type="radio"/>
Cirugía Artroscópica de los Hombros	Izquierdo <input type="radio"/>	Derecho <input type="radio"/>	Ambos <input type="radio"/>
Fractura de Cadera y Cirugía	Izquierdo <input type="radio"/>	Derecho <input type="radio"/>	Ambos <input type="radio"/>

----- Por favor doble en la línea de punto -----

Reemplazo Total de Cadera	Izquierdo <input type="radio"/>	Derecho <input type="radio"/>	Ambos <input type="radio"/>	
Reemplazo Total de Rodilla	Izquierdo <input type="radio"/>	Derecho <input type="radio"/>	Ambos <input type="radio"/>	
La Artroscopia de Rodilla	Izquierdo <input type="radio"/>	Derecho <input type="radio"/>	Ambos <input type="radio"/>	
Cirugía de la Mano	Izquierdo <input type="radio"/>	Derecho <input type="radio"/>	Ambos <input type="radio"/>	
Cirugía del Pie	Izquierdo <input type="radio"/>	Derecho <input type="radio"/>	Ambos <input type="radio"/>	
Las Piernas - Cirugía de Circulación	Izquierdo <input type="radio"/>	Derecho <input type="radio"/>	Ambos <input type="radio"/>	
La Cirugía de Tiroides	Izquierdo <input type="radio"/>	Derecho <input type="radio"/>	Total <input type="radio"/>	Parcial <input type="radio"/>
Cirugía de la Arteria Carótida	Izquierdo <input type="radio"/>	Derecho <input type="radio"/>	Ambos <input type="radio"/>	Varias Veces <input type="radio"/>
Cirugía de Hernia Inguinal	Izquierdo <input type="radio"/>	Derecho <input type="radio"/>	Ambos <input type="radio"/>	Varias Veces <input type="radio"/>
Cesárea	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 o Más <input type="radio"/>	
Cirugía de Derivación Cardíaca	La Angioplastia <input type="radio"/>	Ablación <input type="radio"/>	Stent <input type="radio"/>	
Cirugía para Perder Peso	Derivación <input type="radio"/>	Bandas <input type="radio"/>		
Reemplazo de Válvula Cardíaca <input type="radio"/>		<b>Apendectomía</b> <input type="radio"/>		
Hemorroidectomía <input type="radio"/>		<b>Amigdalectomía</b> <input type="radio"/>		
La Vasectomía <input type="radio"/>				

Instrucciones

Por favor use lápiz del # 2 rellena el círculo como se demostrado...



POR FAVOR IMPRIME EL APELLIDO DE LA PACIENTE

Grid for patient last name

IMPRIME EL PRIMER NOMBRE DE LA PACIENTE

Grid for patient first name

FECHA DE NACIMIENTO

Grid for birth date

MES DÍA AÑO

Este cuestionario está diseñado para ayudarnos a entender mejor cómo el dolor afecta a su vida diaria. Marca UNA sentencia en cada sección que mejor describe su dolor.

Table with 2 columns and 6 rows of questions and radio button options. Sections include: Intensidad del Dolor, Cuidado Personal, Al Levantar Objetos, Al Caminar, Al Sentarse, Al Estar de Pie, Al Dormir, Vida Sexual, and De Viaje.