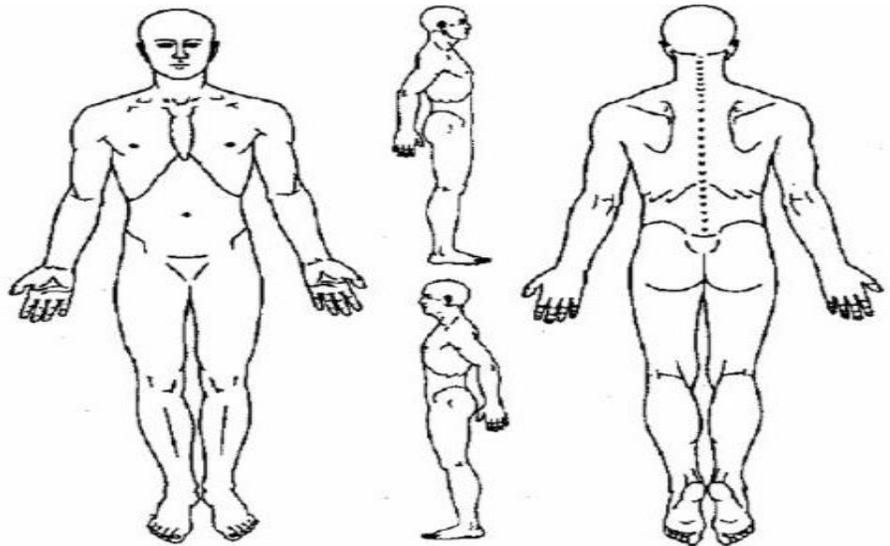




Usando los simbolos abajo, marque todas las areas de su cuerpo donde siente estas sensaciones.

- ADORMECIMIENTO **XXXX**
- HORMIGUEO **0000**
- ARDOR **////**
- PULSADAS **====**
- DOLOR **<<<<**



Factores modificadores (Que ayudo o empeora su dolor? Porfavor marque todos los que apliquen)

- Mejor con actividad Peor con actividad Mejor con reposo Peor con reposo
- Mejor cuando durmo Peor cuando duermo Mejor con medicina Nada
- Cambiando de posicion (describa): _____

Utilicie la siguiente clave para responder las siguientes preguntas:

0–No **1**–Un grado leve **2**–En un grado moderado **3**–En gran medida **4**–Todo el tiempo

Cuando tendo dolor.....

- Me preocupo todo el tiempo sobre si el dolor terminara.
- Siento que no puedo seguir.
- Es terrible y creo que nunca va a mejorar.
- Es horrible y siento que me abruma.
- Siento que no puedo soportarlo mas.
- Tengo miedo de que el dolor empeore.
- Sigo pensando en lo mucho que me duele.
- Deseo ansiosamente que el dolor desaparezca.
- Parece que no puedo mantenerlo fuera de mi mente.
- Sigo pensando en lo mucho que quiero que el dolor se detenga.
- No hay nada que pueda hacer para reducir la intensidad del dolor.
- Me pregunto que puedo hacer para reducir la intensidad del dolor.
- Me pregunto si puede pasar algo grave.

Total: _____



Historial medico pasado (Porfavor marcar lo que aplique): **NEGATIVO**

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> artritis | <input type="checkbox"/> fibromyalgia | <input type="checkbox"/> gota | <input type="checkbox"/> perdida de audicion |
| <input type="checkbox"/> paro cardiaco | <input type="checkbox"/> enfermedad coronaria | <input type="checkbox"/> ataque de corazon | <input type="checkbox"/> arritmia |
| <input type="checkbox"/> asthma | <input type="checkbox"/> EPOCD | <input type="checkbox"/> presion alta | <input type="checkbox"/> ERGE |
| <input type="checkbox"/> ulceras | <input type="checkbox"/> tiroides | <input type="checkbox"/> hepatitis | <input type="checkbox"/> cancer |
| <input type="checkbox"/> anemia | <input type="checkbox"/> diabetes | <input type="checkbox"/> colitis | <input type="checkbox"/> neuropatia |
| <input type="checkbox"/> sangrado excesivo | <input type="checkbox"/> TVP (coagulos) | <input type="checkbox"/> osteoporosis | <input type="checkbox"/> embolia pulmonar |

Cirugias(Porfavor de indicar todas la cirugias que ha tenido y la fecha): **NINGUNA**

Ah visto dificultad con la anestesia cuando tuvo cirugias? Porfavor explique:

Tienes algunos de estos problemas? (Marca todos los que apliquen) **NINGUNO**

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> perdida o subo de peso | <input type="checkbox"/> perdida de audicion | <input type="checkbox"/> peridida de balance |
| <input type="checkbox"/> fiebre/escalofrio | <input type="checkbox"/> dolor o garganta seca | <input type="checkbox"/> acidez estomacal |
| <input type="checkbox"/> vision borrosa | <input type="checkbox"/> dificultad para respirar | <input type="checkbox"/> dolor de cuerpo |
| <input type="checkbox"/> erupciones ne la piel | <input type="checkbox"/> tos cronica | <input type="checkbox"/> dolor de articulaciones |
| <input type="checkbox"/> dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> dolor o opresion en el pecho | <input type="checkbox"/> dificil de orinar |
| <input type="checkbox"/> palpacion de corazon | <input type="checkbox"/> dolor abdominal | <input type="checkbox"/> estreñimiento/diarrea |
| <input type="checkbox"/> nausea o vomito | <input type="checkbox"/> ardor al orinar | <input type="checkbox"/> hinchazon brazos/piernas |
| <input type="checkbox"/> depresion | <input type="checkbox"/> cambios de humor | <input type="checkbox"/> mareo |

Historial de Familia (Alguien en tu familia tiene lo siguiente?)

Porfavor indique **M** por parte de su madre or **P** por parte de su padre:

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> artritis | <input type="checkbox"/> fibromyalgia | <input type="checkbox"/> gota | <input type="checkbox"/> perdida de audicion |
| <input type="checkbox"/> paro cardiaco | <input type="checkbox"/> enfermedad coronaria | <input type="checkbox"/> ataque de corazon | <input type="checkbox"/> arritmia |
| <input type="checkbox"/> asthma | <input type="checkbox"/> EPOCD | <input type="checkbox"/> presion alta | <input type="checkbox"/> ERGE |
| <input type="checkbox"/> ulceras | <input type="checkbox"/> tiroides | <input type="checkbox"/> hepatitis | <input type="checkbox"/> cancer |
| <input type="checkbox"/> anemia | <input type="checkbox"/> diabetes | <input type="checkbox"/> colitis | <input type="checkbox"/> neuropatia |
| <input type="checkbox"/> sangrado excesivo | <input type="checkbox"/> TVP (coagulos) | <input type="checkbox"/> osteoporosis | <input type="checkbox"/> embolia pulmonar |



Alergias de Medician (Porfavor marce los que apliquen): ____ **NINGUNA**

____penicilina ____keflex o cefalosporinas ____sulfa ____colorante IVP ____aspirina

Otra _____

Medicamentos recientes (ESCRIBIR CLARO) Lista de todos los medicamentos que toma:
____ **NINGUNO**

Informacion de farmacia: (Porfavor dar el nombre y direccion)

Doctor primario:(Por favor dar el nombre, direccion y telefono de su doctor)

Porfavor de dar su peso y altura: Peso_____ Altura_____

Occupacion: (Esta empleado? Cual es el nombre de su trabajo)

Que titulo tiene en el trabajo y que hace?:



Historia Social: (Porfavor marque lo que aplique):

Historia de fumar: As fumado 100 cigarros oh mas en tu vida? Si No

Si fuma es: Fumador actual todos los días
 Fuamndor actual el mismo dia
 Fumador actual

Detalles

Cigarros por dia _____ Años fumando _____

Utiliza tabaco sin humo? Si No

Esta usted en riesgo de humo de segunda mano? Si No

Comentarios: _____

Uso de alcohol: Ninguno Social Diario.

Si diariamente, cuanto y que bebe?

Drogas recreativas Indique cualquier uso de drogas recreativas:

Historial de abuso de sustancias? No Si

En caso afirmatuiivo, expliquelo porfavor:

Firma de paciente o guardian

Fecha