



Cuestionario para pacientes nuevos

Fecha de hoy: _____

Dia de Cita: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Detalles actuales del dolor

Indique todas sus áreas de dolor usando los siguientes símbolos para completar el diagrama →

N = Entumecimiento

+ = Agudo

*** = Ardiente**

= Adolorido

// = Alfileres y agujas

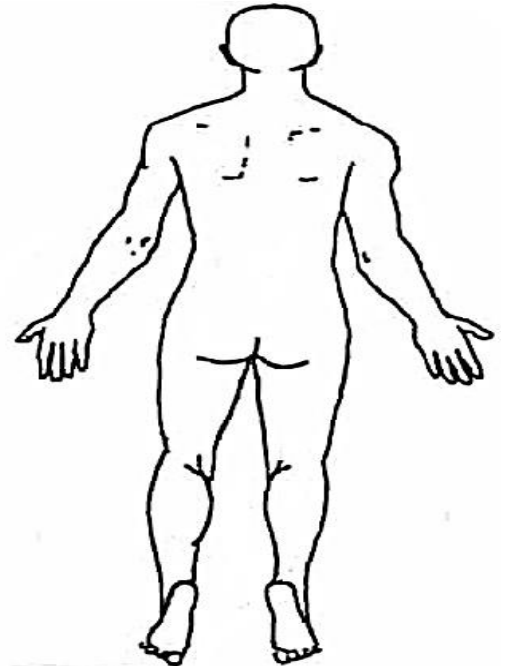
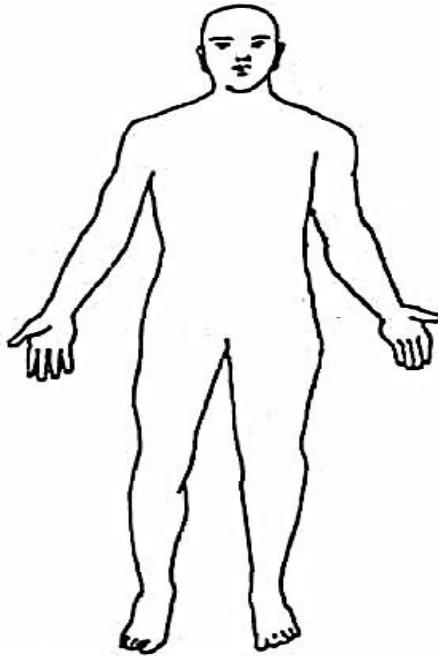
✓ = Disparado

○ = Otro: _____

¿Dónde se encuentra su peor dolor? _____

¿Tu dolor se irradia? _____

Como irradia? _____



Durante su día regular, califique su nivel de dolor / molestar

¿Cuál es su puntuación de dolor **actual**? = _____

¿Cuál es su puntaje **promedio** de dolor? = _____

¿Cuál es su puntaje de dolor **más alto**? = _____

¿Cuál es su puntaje de dolor **más bajo**? = _____



0

No duele



2

Duele un poco



4

Duele un poco más



6

Duele mucho



8

Duele mucho más



10

Duele el máximo

¿Ha desarrollado alguno de los siguientes? (marque con un círculo todo lo que corresponda)

Entumecimiento, Pensamientos suicidas, Escalofríos, Vómitos, Debilidad, Pensamientos homicidas, Fiebre,

Náuseas, Incontinencia intestinal, Dificultad para caminar, Falta de Sueño, Infección actual, Incontinencia de la

vejiga, Parestesia, Problemas de equilibrio, Fatiga, No he desarrollado ninguno de estos problemas

Características de los síntomas de dolor

¿Qué mejora o empeora su dolor? (Marque con un círculo uno para cada actividad)

Inclinarse hacia atrás - - - - → Mejor, peor, sin cambios	Inclinarse hacia adelante - - → Mejor, peor, sin cambios
Girar - - - - - → Mejor, peor, sin cambios	Parado por largo tiempo - - → Mejor, peor, sin cambios
Sentado por largo tiempo - → Mejor, peor, sin cambios	Caminando - - - - - → Mejor, peor, sin cambios
Acostado de espalda - - - → Mejor, peor, sin cambios	Acostado de estomago - - - → Mejor, peor, sin cambios
Cambios de clima - - - - - → Mejor, peor, sin cambios	Subiendo escalones - - - - - → Mejor, peor, sin cambios
Tos / Estornudos - - - - - → Mejor, peor, sin cambios	Levantando objetos - - - - - → Mejor, peor, sin cambios

Levantandose despues de estar sentado - - - - - → Mejor, peor, sin cambios

Onset: ¿Cuándo comenzó su dolor? _____
Timing: ¿Su dolor comenzó de forma gradual o repentina? _____
 ¿Su dolor es constante o intermitente? _____
 ¿Cuándo empeora tu dolor? (un círculo) Mañana, Tarde, Noche
Context: ¿Qué causó su episodio de dolor actual? _____

Ejercicio / Trabajo

¿Puede realizar sus actividades diarias? ____ ¿Hacer ejercicio? ____ ¿qué tipo de ejercicio? _____
 ¿Cada cuanto se ejercitas? (diario, 2-3 días a la semana, semanal, mensual) _____
 ¿Busca discapacidad? _____ ¿Esta trabajando? _____

Otras terapias probadas

¿Cuál de las siguientes terapias ha probado? (encierre en un círculo cualquiera que haya probado)

Terapia fisica TENS Acupuntura Biorretroalimentación Soportes Tracción Terapia psicológica
 Inyecciones Cirugía Terapia de Masaje Quiropráctico Hielo Calor Ejercicio diario
 Otra cosa _____

Agregue cada terapia que ha probado en la columna correspondiente.

La terapia mejoró el dolor	La terapia empeoró el dolor	La terapia no tuvo cambios

Medications Tried

Please check all that apply

<input type="checkbox"/> Opioides(Vicodin, Percocet, etc) <input type="checkbox"/> Anticonvulsivos <input type="checkbox"/> Antiinflamatorio <input type="checkbox"/> Benzodiazepinas <input type="checkbox"/> Relajantes musculares <input type="checkbox"/> Esteroides orales	<input type="checkbox"/> Medicamentos de estreñimiento <input type="checkbox"/> Cremas tópicas <input type="checkbox"/> Aydante de sueño <input type="checkbox"/> Antidepresivos <input type="checkbox"/> Antirreumáticos <input type="checkbox"/> Medicamentos para migraña	<input type="checkbox"/> Medicamentos para la gota <input type="checkbox"/> Estimulantes de dopamina <input type="checkbox"/> Cymbalta / Savella <input type="checkbox"/> Neurontin / Iyrica <input type="checkbox"/> AINE (Motrin, Aleve, etc.) <input type="checkbox"/> Otro _____
--	---	---

Historia médica pasada

¿Ha tenido alguna de las siguientes enfermedades? (circule todo lo que corresponda en cada sección)

(1) General

Cancer Diabetes Dolor de cabeza Colesterol Alto Hipertensión
Disfunción renal Disfunción hepática Migrañas

(2) Cabeza / Ojos / Oídos / Nariz / Garganta

Cataratas Hipotiroidismo Hipertiroidismo Lesión craneal Derrame cerebral

(3) Gastrourinario

Diálisis Cálculos renales Incontinencia urinaria Infecciones de vejiga

(4) Cardiovascular

Anemia Soplo cardíaco Angina de pecho Enfermedad de la arteria coronaria
Infarto de miocardio Enfermedad vascular periférica Flebitis Enfermedad vascular

(5) Gastrointestinal

Incontinencia intestinal Estreñimiento Cuerno/Ulcerativo Colitis Diarrea
ERGE/acidez estomacal Sangrado gastrointestinal Síndrome del intestino irritable Úlceras

(6) Respiratorio

Asma COPD Bronquitis Enfisema

(7) Musculoesquelético

Amputación Bursitis Tendinitis Síndrome del túnel carpiano Síndrome de dolor central
Dolor articular crónico Dolor lumbar crónico Dolor crónico de cuello Dolor de codo
Fibromialgia Lesión articular Epicondilitis lateral Epicondilitis medial Osteoartritis
Osteopenia Osteoporosis Dolor de miembro fantasma Artritis reumatoide
Distrofia reflejo Fractura por compresión vertebral

(8) Neuropsicológico

Abuso de alcohol Alzheimer Ansiedad Trastorno bipolar Depresión
Abuso de drogas Epilepsia Esclerosis múltiple Parálisis Neuropatía periférica
Convulsiones Esquizofrenia

(9) Enfermedad infecciosa

Hepatitis (A)(B)(C) VIH / SIDA Historia de MRSA Neumonía Tuberculosis

Infección actual: _____

Other: please describe

Historia familiar

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dolor crónico | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Problemas renales | <input type="checkbox"/> Historial de convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Problemas de hígado | <input type="checkbox"/> Abuso de alcohol |
| <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Abuso de drogas |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar | <input type="checkbox"/> Carrera | <input type="checkbox"/> Depresión |

Historia social			
¿Consume alcohol? <input type="checkbox"/> A menudo <input type="checkbox"/> Socialmente <input type="checkbox"/> Nunca	¿Fuma? <input type="checkbox"/> Actual todos los días <input type="checkbox"/> Actual algunos días <input type="checkbox"/> Nunca fumé <input type="checkbox"/> Fumador <input type="checkbox"/> Ex fumador	¿Usa drogas ilegales? <input type="checkbox"/> Si, en el pasado <input type="checkbox"/> Sí, y sigo usando <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Tengo antecedentes de abuso o mal uso de medicamentos recetados	Solo mujeres <input type="checkbox"/> Actualmente embarazada <input type="checkbox"/> En planes de quedar embarazada

Historial quirúrgico pasado	
¿Ha tenido alguna de las siguientes cirugías? (circule todo lo que corresponda en cada sección)	
(1) Cabeza / Ojos / Oídos / Nariz / Garganta Reparación de aneurismas, Craneotomía, Cirugía ocular, Cirugía plástica, Cirugía nasal, Amigdalectomía, Tiroidectomía	(2) Ginecólogo/obstetricia Cesárea Histerectomía Laparoscopia exploratoria Parto vaginal Cirugía de ovario
(3) Columna vertebral Discectomía Laminectomía fusión espinal	(4) Corazón Reparación de aneurismas, Marcapasos, Colocación de stent, Cirugía de derivación cardíaca, Reparación / reemplazo de válvula
(5) Abdominal Apendicectomía, liposucción, laparoscopia exploratoria Extirpación de la vesícula biliar (colecistectomía)	(6) Otros Cirugía del pie Amputación de extremidades Cirugía vascular Hemorroidectomía Otro: _____

Revisión de sistemas	
¿Tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o afecciones (circule todas las que correspondan)	
Genitourinario Orina → Frecuentemente, Urgencia, Doloroso, Sangre Cálculos renales, enfermedad renal, dolor de costado	Piel Sequedad, erupción cutánea, herpes zóster, fiebre del heno, picazón, úlceras, alergias estacionales
Respiratoria Dificultad al respirar, tos, sibilancias, embolia pulmonar	Endocrina Intolerancia al frío, intolerancia al calor, sofocos
Gastrointestinal Dolor abdominal, diarrea, reflujo ácido / ardor de estómago, hernia, sangre en las heces, enfermedad ulcerosa, enfermedad hepática, estreñimiento, síndrome del intestino irritable, náuseas / vómitos	Musculoesquelético Dolor de espalda, dolor de articulaciones, espasmos musculares, edema, Cambios de temperatura en la piel, Cambios de color de piel, Mayor sensibilidad al tacto
Neurológica Síndrome del túnel carpiano, mareos, entumecimiento, convulsiones, derrame cerebral, demencia, dolores de cabeza, debilidad, temblores, pérdida del equilibrio / coordinación, migrañas, hidrocefalia	Constitucional Fiebre, escalofríos, sudores nocturnos, pérdida de apetito, temblores, pérdida o aumento de peso inexplicable, sudoración excesiva, insomnio, fatiga
Cardiovascular Trastorno hemorrágico, dolor en el pecho, desmayos, hinchazón de los pies, dificultad para respirar, latidos cardíacos irregulares, marcapasos, insuficiencia cardíaca, mareos, presión arterial alta, angina, coágulos de sangre, soplo	Cabeza / Ojos / Oídos / Nariz / Garganta Visión borrosa, vértigo, boca seca, olores anormales, hemorragia nasal, dolor de garganta, dificultad para tragar, lagrimeo excesivo, glaucoma, zumbido de oídos, sinusitis, pérdida de audición, problemas dentales, dolores de oído, problemas de sinusitis, gafas, cataratas
Psiquiátrica Depresión, ansiedad, estrés, falta de sueño, Dificultad para pensar	Reproductivo Incapacidad para tener relaciones sexuales debido al dolor, Disminución del deseo sexual