

Collier Neurologic Specialists - Pain Management

Nombre: _____ Fecha: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Mano dominante: DERECHA / IZQUIERDA

Médico remitente: _____ Médico primario: _____

Médico de tratamiento del dolor anterior: _____ Si no es local, proporcione el # de teléfono _____

¿Tiene un testamento vital (marque uno con un círculo)? SÍ NO

*Motivo de la visita hoy: _____

*¿Cuándo y cómo comenzaron los síntomas?

*¿Qué tipo de dolor estás teniendo? QUEMADORES Y AGUJAS ELÉCTRICOS - DOLOR MORTO/DOLOR ENTUMAMIENTO - PUNALADAS- DISPARO

*¿Cuándo ocurre tu dolor? Por favor circule todo lo que corresponda

MAÑANA - MEDIODÍA TARDE - NOCHE - DESPERTAR CON DOLOR - INTERMITENTE - CONTINUAMENTE - ESPORÁDICO

(por favor explique) _____

*Severidad del dolor en una escala del 1 (menos) al 10 (más), califique su dolor:

Nivel de dolor hoy: _____ Nivel más bajo de dolor: _____ Peor nivel de dolor: _____

*¿Qué dolor es peor? DOLOR DE ESPALDA DOLOR DE PIERNAS DOLOR DE CUELLO DOLOR DE BRAZO OTRO _____

¿Tienes alguna debilidad? _____ ¿Te has caído? SI / NO ¿Última vez que te caíste? _____

¿Alguna otra inquietud? _____

*Su dolor le impide: DURMIDENO - COMPRANDO - TRABAJANDO - RECREACIÓN CONDUCIENDO- CAMINANDO – DE PIE- LEVANTANDOSE DE LA CAMA O DE LA SILLA - AGACHANDOSE – GIRANDO

*¿Qué tratamientos has probado?

TRATAMIENTO	NOMBRE/ QUANTO TIEMPO?	MEJOR	PEOR	SIN EFECTO
CALOR				
HIELO				
REPOSO EN CAMA				
TERAPIA FÍSICA				
EJERCICIOS EN CASA				
TENS UNIT				
MASAJE				
QUIROPRÁCTICO				
ACUPUNTURA				
APOYO / TRACCIÓN				
INYECCIONES EPIDURALES				
INYECCIONES FACETARIAS				
INYECCIONES DE PUNTO GATILLO				
MEDICAMENTOS ANTIINFLAMATORIOS				
OPIOIDES				
RELAJANTES MUSCULARES				
ANTIDEPRESIVOS				
MEDICAMENTOS SIN RECETA				
GABAPENTIN O PREGABALIN (NEUROMODULADORES)				

Altura _____ Peso _____ BP _____ P _____

¿Te has vacunado contra la influenza en el último año? **SÍ / NO** ¿Te has vacunado contra la neumonía? **SÍ / NO**

NOMBRE DE LA FARMACIA: _____

TELÉFONO: _____ DIRECCIÓN: _____

ALERGIAS y reacciones:** Por favor marque con un círculo cualquiera de los siguientes y enumere cualquier otra ALERGIA A MEDICAMENTOS a continuación

MARISCOS - YODO - ANESTÉSICOS LOCALES (es decir, lidocaína) - COLORANTES DE CONTRASTE

MEDICAMENTOS ACTUALES (por favor enumere TODOS los medicamentos recetados, incluya todos los suplementos y medicamentos de venta libre también)

HISTORIA SOCIAL

¿Bebes alcohol? **S / N** En caso afirmativo, ¿cuánto y con qué frecuencia? _____ Tipo: _____

¿Usted fuma? **S/N** En caso afirmativo, ¿cuánto? _____ ¿Cuánto tiempo? _____ ¿Ha renunciado? **S/N** ¿Cuándo? _____

¿Consumes marihuana medicinal? **Sí / No** ¿Última vez que se usa? _____ ¿Útil _____

¿Es usted: SOLTERO CASADO DIVORCIADO SEPARADO VIUDO PAREJA OTRO

¿Vives solo? **S/N** Si no, ¿con quién vives? _____

¿Tienes hijos? _____

¿Es usted un residente de temporada? **S/N** ¿Dónde pasas los veranos? _____

¿Estás jubilado? **S/N** ¿Ocupación? _____

¿Pasatiempos? _____

ANTECEDENTES FAMILIARES

Vivo **S / N**? ¿Estado de salud? ¿Edad en el momento de la muerte? ¿Causa / problemas de salud?

Madre				
Padre				
Hermana				
Hermana				
Hermano				
Hermano				
Hijo/Hija				
Hijo/Hija				

REVISIÓN DE SISTEMAS: por favor, marque todo lo que corresponda

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Fatiga | <input type="checkbox"/> Visión doble | <input type="checkbox"/> Disminución de la audición | <input type="checkbox"/> Dolor de pecho |
| <input type="checkbox"/> Fiebre | <input type="checkbox"/> Dolor ocular | <input type="checkbox"/> Dificultad para tragar | <input type="checkbox"/> Tos |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de peso | <input type="checkbox"/> Dificultad hablando | <input type="checkbox"/> Mareos | <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar |
| <input type="checkbox"/> Dormir mal | | <input type="checkbox"/> Sangre en la orina | <input type="checkbox"/> Pérdida de memoria |
| <input type="checkbox"/> Visión borrosa | <input type="checkbox"/> Trastorno hemorrágico/hematoma | <input type="checkbox"/> Micción frecuente | <input type="checkbox"/> Entumecimiento focal |
| <input type="checkbox"/> Producción de esputo | <input type="checkbox"/> Coágulos sanguíneos / Embolia pulmonar | <input type="checkbox"/> Dolor muscular | <input type="checkbox"/> Caídas |
| <input type="checkbox"/> Arritmia | <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Dolor en las articulaciones | <input type="checkbox"/> Debilidad |
| <input type="checkbox"/> Palpitaciones | <input type="checkbox"/> Anticoagulante | <input type="checkbox"/> Ruptura de piel | <input type="checkbox"/> Problemas de coordinación |
| <input type="checkbox"/> Sangre en las heces | <input type="checkbox"/> Incontinencia urinaria | <input type="checkbox"/> Mala cicatrización | <input type="checkbox"/> Ansiedad |
| <input type="checkbox"/> Estreñimiento | <input type="checkbox"/> Infecciones de la vejiga | <input type="checkbox"/> Sarpullido | <input type="checkbox"/> Depresión |
| <input type="checkbox"/> Diarrea | | | <input type="checkbox"/> Cambio de humor |
| <input type="checkbox"/> Nausea | | | |
| <input type="checkbox"/> Vomito | | | |
| <input type="checkbox"/> Incontinencia fecal | | | |
| <input type="checkbox"/> Antecedentes de úlceras | | | |
| <input type="checkbox"/> Reflujo | | | |
| <input type="checkbox"/> Trastorno hepático | | | |

HISTORIAL MÉDICO: por favor marque todo lo que corresponda

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hipertensión (presión arterial alta) | <input type="checkbox"/> Cáncer TIPO? | <input type="checkbox"/> Miocardiopatía / Agrandamiento del corazón | <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple |
| <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Osteoartritis | <input type="checkbox"/> Migrañas / Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Depresión |
| <input type="checkbox"/> Fibrilación auricular | <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Osteoporosis / osteopenia | <input type="checkbox"/> Ansiedad |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca | <input type="checkbox"/> Reumatoide | <input type="checkbox"/> Diverticulosis | <input type="checkbox"/> Apnea del sueño |
| <input type="checkbox"/> Infarto | <input type="checkbox"/> Fibromialgia | <input type="checkbox"/> Colitis | <input type="checkbox"/> Enfermedad vascular periférica |
| <input type="checkbox"/> EPOC / Enfisema | <input type="checkbox"/> Gota | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Cataratas |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Reflujo / Úlcera | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal crónica / Renal failure | <input type="checkbox"/> Enfermedad del intestino irritable |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Cálculos renales | | <input type="checkbox"/> Infecciones del tracto urinario |
| <input type="checkbox"/> Hipotroidismo | <input type="checkbox"/> Agrandamiento de la próstata / HPB | | |
| <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular/ACV | | | |
| <input type="checkbox"/> TIA | | | |
| <input type="checkbox"/> Anemia | | | |
| <input type="checkbox"/> Neuropatía | | | |

Enumere cualquier historial médico que no figure en la lista anterior:

HISTORIAL QUIRÚRGICO: por favor marque todo lo que corresponda

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bypass cardíaco / CABG | <input type="checkbox"/> Cirugía de vejiga | <input type="checkbox"/> Cifoplastia _____ |
| <input type="checkbox"/> Stents cardíacos | <input type="checkbox"/> Litotricia / cálculos renales | <input type="checkbox"/> Cirugía carotídea |
| <input type="checkbox"/> Marcapasos/desfibrilador | <input type="checkbox"/> Nefrectomía/extirpación del riñón | <input type="checkbox"/> Liberación del túnel carpiano D/I |
| <input type="checkbox"/> Cirugía vascular | <input type="checkbox"/> Apéndice | <input type="checkbox"/> Reemplazo total de rodilla D/I |
| <input type="checkbox"/> Lasik corneal | <input type="checkbox"/> Vesícula biliar | <input type="checkbox"/> Endoscopio de rodilla D/I |
| <input type="checkbox"/> Implante de lente | <input type="checkbox"/> Reparación de hernias | <input type="checkbox"/> Reemplazo de cadera D/I |
| <input type="checkbox"/> Catarata | <input type="checkbox"/> Bypass gástrico / manga gástrica | <input type="checkbox"/> Reparación del manguito rotador D/I |
| <input type="checkbox"/> Párpado / Blefaroplastia | <input type="checkbox"/> Laminectomía/discectomía lumbar | <input type="checkbox"/> Reemplazo de hombro D/I |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de tiroides | <input type="checkbox"/> Fusión lumbar ¿Qué niveles? | <input type="checkbox"/> Juanete |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de los senos paranasales | <input type="checkbox"/> Fusión cervical ¿Qué niveles? | <input type="checkbox"/> Otras cirugías ortopédicas _____ |
| <input type="checkbox"/> Mastectomía | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> Cirugía dermatológica |
| <input type="checkbox"/> Lumpectomía | <input type="checkbox"/> Cirugía cervical (no fusión) | <input type="checkbox"/> Cirugía de Mohs |
| <input type="checkbox"/> Cesárea | | <input type="checkbox"/> Cirugía estética: ¿de qué tipo? _____ |
| <input type="checkbox"/> Histerectomía | | |
| <input type="checkbox"/> Ligadura | | |
| <input type="checkbox"/> D&C | | |
| <input type="checkbox"/> Vasectomía | | |
| <input type="checkbox"/> Próstata / RTUP | | |

Enumere cualquier otra cirugía que no esté en la lista anterior:

Collier Neurologic Specialists LLC.
 Comprehensive Care of Brain, Nerve and Spine Disorders

Board Certified Neurologists and Neurosurgeons
www.collierneurologic.com
 3200 Bailey Lane, Suite 200, Naples, FL 34105

Physical Medicine and Rehabilitation Pain Diagram

Please mark the area of injury or discomfort on the chart below, using the appropriate symbols:

Numbness

Pins & Needles

o o o o o

Burning

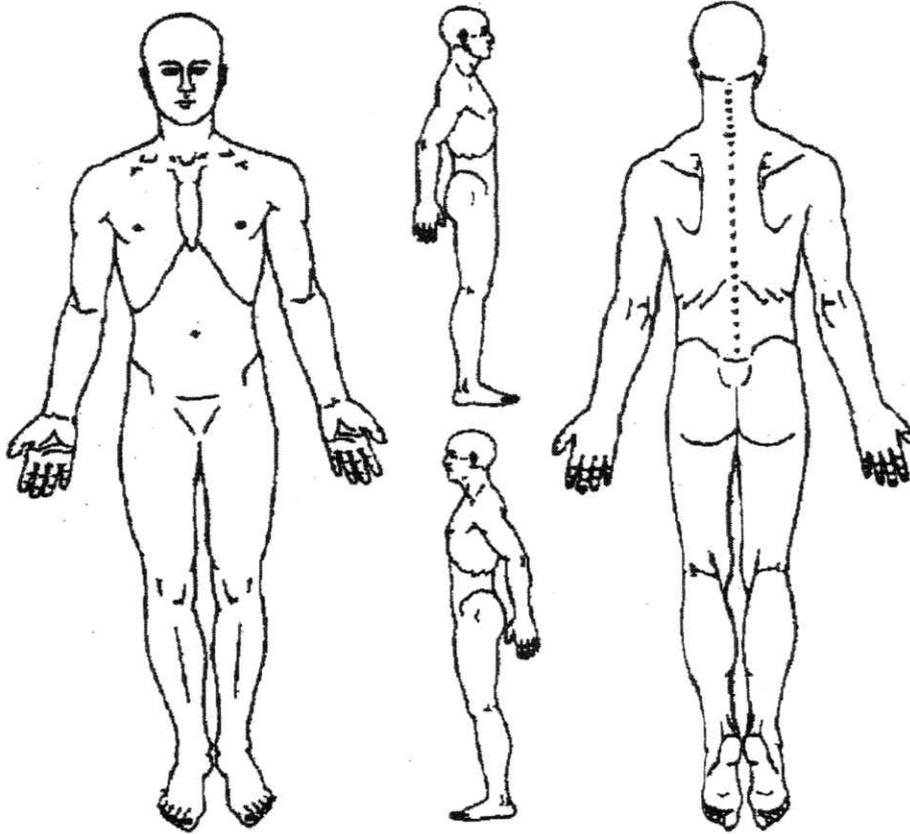
^ ^ ^ ^ ^

Aching

x x x x x

Stabbing

⊗ ⊗ ⊗ ⊗



Neurosurgeons
 Gary P. Colón, M.D.
 Jon Nelson, PA-C
 Courtney Kaiser, PA-C

Neurologists
 John D. Campbell, M.D.
 William A. Justiz, M.D.
 Matthew J. Baker, M.D.
 Maria E. Santiago, M.D.

Psychologists
 Steven E. Smith, Psy.D.,
 B.C.I.A.C.
 David E. Cox, PhD

Physiatrist
 David W. Krueger, M.D.
 Amy O'Brien, PA-C

Ph: 239-262-1721
 Fax: 239-262-1045

Ph: 239-262-8971
 Fax: 239-262-5903

Ph: 239-262-5368
 Fax: 239-262-0163

Ph: 239-262-1721
 Fax: 239-262-1045