

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Fecha: _____

ALTURA: _____ PESO: _____ BP: _____ PULSE: _____

Razón por su visita hoy (Marque todas que correspondan)

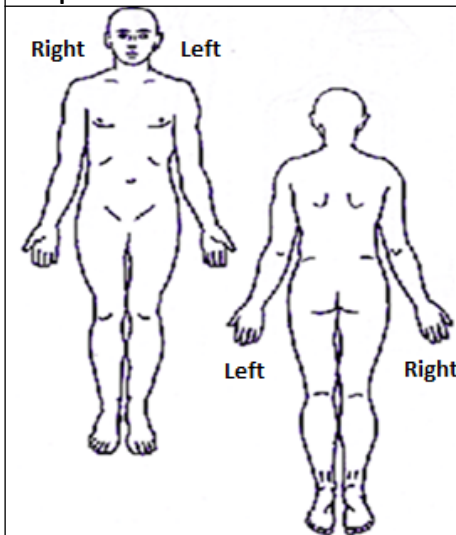
- ☐ Visita Rutina
 ☐ Cambio o problemas de medicina
☐ Revisar imágenes
 ☐ Problema Nuevo:
☐ Medicamentos
☐ Revisar pruebas
 ☐ Otro: _____

Mi queja principal de dolor es: (Marque solo uno)

- ☐ dolor de cuello
 ☐ dolor de brazo izquierdo
☐ dolor de cabeza
 ☐ dolor media
 ☐ dolor de brazo derecho
☐ dolor facial
 ☐ espalda
 ☐ dolor de pierna
☐ dolor de pecho
 ☐ dolor espalda
 ☐ izquierda
☐ dolor abdominal
 ☐ dolor de nalga
 ☐ dolor de pierna derecha
☐ dolor en la ingle
 ☐ dolor de cóccix
 ☐ Otro: _____

Mi queja de dolor adicionales es: (Marque las que correspondan)

- ☐ dolor de cuello
 ☐ dolor de brazo izquierdo
☐ dolor de cabeza
 ☐ dolor media
 ☐ dolor de brazo derecho
☐ dolor facial
 ☐ espalda
 ☐ dolor de pierna
☐ dolor de pecho
 ☐ dolor espalda
 ☐ izquierda
☐ dolor abdominal
 ☐ dolor de nalga
 ☐ dolor de pierna derecha
☐ dolor en la ingle
 ☐ dolor de cóccix
 ☐ Otro: _____

Dolor con meds: _____/10 ☐ constanteSu peor dolor: _____/10 ☐ fluctuante, siempre presenteDolor menor: _____/10 ☐ fluctuante, usual presenteSu dolor por medio: _____/10 ☐ fluctuante, presente raram.**Indique dónde se encuentra el dolor:****1. Utilice las siguientes letras para describir su dolor.**

Dolor = A
 Quema = B
 Calambres = C
 Opaco = D
 Entumecimiento = N
 Pines/aguja = P
 Apuñalar = S
 Palpitaciones = T
 Espasmo muscular = M

2. Dibuja flechas donde irradia el dolor.

¿Qué hace que tu dolor empeore?

¿Qué hace que tu dolor mejore?

Desde su última visita, habido algo nuevo:

- ☐ problemas de equilibrio
 ☐ Entumido: ☐ Brazos ☐ Piernas
☐ Dificultad caminar
 ☐ Hormigueo: ☐ Brazos ☐ Piernas
☐ incontinencia urinaria
 ☐ Debilidad: ☐ Brazos ☐ Piernas
☐ incontinencia intestinal
 ☐ Otro: _____

Desde que se trata, cómo han cambiado los siguientes:

- Dolor ☐ Mejorado ☐ Sin Cambio ☐ Peor
 Función ☐ Mejorado ☐ Sin Cambio ☐ Peor
 Calidad de vida ☐ Mejorado ☐ Sin Cambio ☐ Peor

Medicamentos para dolor recetados por Dr. Alianell

Nombre de medicina	Dosis	Frecuencia	

¿Le ayuda el medicamento? ☐ Sí ☐ No

- Alivio del dolor mejorado: _____ % (0-100%)

- Mejora funcional: _____ % (0-100%)

- Mejora de calidad de vida: _____ % (0-100%)

- ¿Hay algún efecto secundario? ☐ Sí ☐ No

- Si, ¿cuál?

¿Tiene alguna alergia a los medicamentos? ☐ Sí ☐ No

- Si, ¿cuál?

Medicamentos recetados o abuso/adicción a drogas ilegales:☐ Sí, actualmente ☐ Sí, en el pasado ☐ Nunca¿Está recibiendo otros tratamientos para el dolor? ☐ Sí ☐ No-terapia física: ☐ Ayuda ☐ No ayuda ☐ N/A-Quiropráctica ☐ Ayuda ☐ No ayuda ☐ N/A-Masaje/acupuntura: ☐ Ayuda ☐ No ayuda ☐ N/A-Terapia TENS: ☐ Ayuda ☐ No ayuda ☐ N/A-Faja/órtesis: ☐ Ayuda ☐ No ayuda ☐ N/A-Otra: _____ ☐ Ayuda ☐ No ayuda ☐ N/A¿Desde su última visita, nuevas pruebas/imágenes? ☐ Sí ☐ No

Si, ¿cuál?

¿Desde su última visita, medicamento nuevo? ☐ Sí ☐ No

Si, ¿cuál?

Since your last visit, any changes in your health? ☐ Yes ☐ No

If 'Yes', which?

¿Desde su última visita, cambio en su salud? ☐ Sí ☐ No

Si, ¿cuál?

Información de farmacia/cambios:

Nombre:

Teléfono:

Dirección: