

Manejo del Dolor – Ingreso de Nuevos Pacientes

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Razón de la visita: _____

Ubicación del dolor: _____

Fecha de inicio: _____

Marque todo lo que corresponda

Calidad: adolorido urente/ardiente royendo/persistente punzante palpitante
agudo sordo superficial profundo ocasional frecuente
constante empeorando mejorando ningún cambio otro: _____

Severidad del dolor: Nivel de dolor actual _____ / 10 Nivel de dolor con medicación _____ / 10

Nivel de dolor sin medicación _____ / 10

Incidente incitador: caída o accidente lesión MVA otro: _____

Factores de alivio: sentado/a acostado/a cambio de posición calor hielo descansar
elevación ejercicio estiramiento terapia física atención quiropráctica
medicamentoabrazadera otro: _____

Factores agravantes: sentado/a de pie acostado/a caminando levantamiento cargando
retortijón empujando/tirando agarrando apretando lanzando
portadora de peso ejercicio clima frío clima húmedo otro: _____

En caso que sí, enumere (con fechas) _____

¿Fueron útiles? Sí No Si no, ¿por qué? _____

Fisioterapia previa Ninguno En caso que sí, fecha/instalación/parte del cuerpo: _____

¿Fue útil la fisioterapia? Sí No

¿Estás trabajando? No servicio regular derecho modificado

Alergias (Enumere todos los medicamentos/alergias a medicamentos con la reacción):

Nombre del medicamento:	Reacción:

Medicación actual (Por favor enumere todos los medicamentos que está tomando actualmente):

<u>Nombre del medicamento</u>	<u>Dosis</u>	<u>Direcciones</u>	<u>¿Para qué sirve?</u>	<u>¿Quién lo prescribe?</u>

¿Está tomando algo para la ansiedad o la depresión de otro médico? Ejemplo: Valium o Xanax? Sí No

En caso que sí, indique el nombre del médico y el medicamento: _____

¿Qué medicamentos ha probado para su dolor? _____

Farmacia preferida: Advanced Rx otro: _____

Advanced Rx recogida o envío por correo disponible al día siguiente (envío y manejo incluidos).

¿Ha tenido alguna imagen? (Enumere las fechas, el tipo de imagen, la parte del cuerpo y la instalación)

<u>Fecha</u>	<u>Tipo de imagen</u>	<u>Parte del cuerpo</u>	<u>Instalación de imágenes</u>

Proporcione sus condiciones médicas/diagnósticos anteriores

<u>Condición/Diagnóstico</u>	<u>Detalles</u>	<u>Médico tratante</u>

Proporcione su historial quirúrgico pasado

<u>Fecha de la cirugía</u>	<u>Tipo de Cirugía</u>	<u>Hospital</u>	<u>Realizada por</u>

Hospitalización distinta a cirugía (incluir fechas): _____

Historia social

¿Algún consumo de tabaco? Sí | No En caso que sí, paquetes por día _____ por _____ years. Si no, ¿año en que dejó de fumar? _____

¿Algún consumo de alcohol? Sí | No En caso que sí, bebidas por día _____ por _____ años.

¿Algún consumo de drogas recreativas? Sí | No En caso que sí, drogas utilizadas _____

Antecedentes médicos familiares:

Ha tenido tu madre alguna vez: Diabetes | Hipertensión | Cáncer | Otro _____

Tu padre alguna vez ha tenido: Diabetes | Hipertensión | Cáncer | Otro _____

Alguno de tus hermanos ha tenido alguna vez: Diabetes | Hipertensión | Cáncer | Otro _____

Alguno de sus hijos ha tenido alguna vez: Diabetes | Hipertensión | Cáncer | Otro _____

Los padres de tu madre han tenido alguna vez: Diabetes | Hipertensión | Cáncer | Otro _____

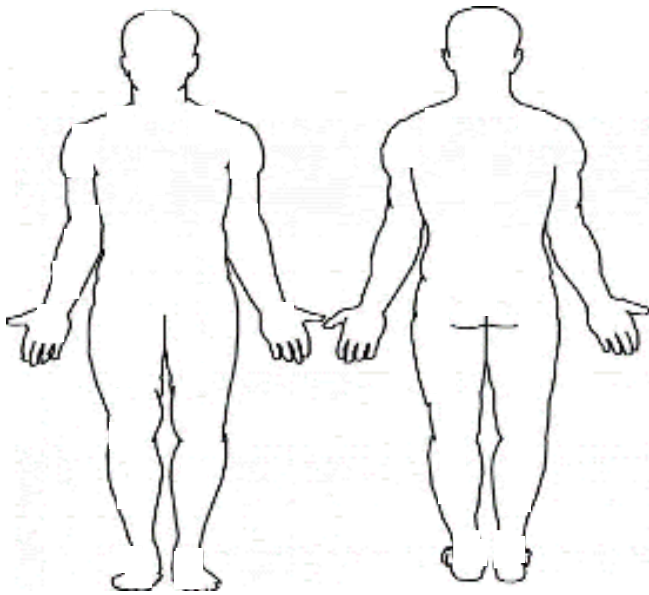
Los hermanos de tu madre han tenido alguna vez: Diabetes | Hipertensión | Cáncer | Otro _____

Los padres de tu padre han tenido alguna vez: Diabetes | Hipertensión | Cáncer | Otro _____

Los hermanos de tu padre han tenido alguna vez: Diabetes | Hipertensión | Cáncer | Otro _____

Cualquier otro historial familiar y relación con usted: _____

Por favor revise su(s) área(s) de dolor.



Firma del paciente: _____ Iniciales del empleado: _____ Iniciales del proveedor: _____