



Paciente ID: \_\_\_\_\_

CPT: \_\_\_\_\_

ICD-9: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## **BASE DE DATOS INICIAL**

### **HISTORIA Y EXAMEN FISICO**

#### **Historial de enfermedades presentes:**

---

---

---

#### **Historia medica:**

---

---

---

#### **Procedimientos previos para el dolor:**

---

---

---

#### **Historial quirúrgico:**

---

---

Alcohol: si \_\_\_ no \_\_\_ : Si la respuesta es si, cuanto \_\_\_\_\_

Tabaco: si \_\_\_ no \_\_\_ : Si la respuesta es si, cuanto \_\_\_\_\_ ppd por \_\_\_\_\_ años

Drogas ilícita: si \_\_\_ no \_\_\_ : si la respuesta es si, describa \_\_\_\_\_

#### **Medicamentos actuales:**

---

---

---

---

#### **ALERGIAS:**

---

---

1. Como y cuando comenzó su dolor?

2. Donde esta localizado su dolor?

3. Circule palabras que describan su dolor.

Malestar	palpitante	punzada	hiriente
Agudo	adolorido	quemante	exhaustivo
Penetrante	constante	adormecido	cansancio
Miserable	insoportable	carcomido	

Circule uno:

Ocasional      continúo

A que hora del día empeora su dolor?

Mañana

Medio día

Tarde

Noche

4. Circule el número que mejor describe su peor dolor en el mes pasado:

No dolor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 el peor dolor imaginable

5. Circule el número que mejor describe su menor dolor en el mes pasado:

No dolor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 el peor dolor imaginable

6. Circule el número que mejor describe su dolor más común del mes pasado:

No dolor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 el peor dolor imaginable

7. Circule el número que mejor describe su dolor en este momento:

No dolor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 el peor dolor imaginable

8. Que ayuda a mejorar su dolor?

9. Que empeora su dolor?

10. Que tratamientos o medicamentos esta usted recibiendo para su dolor?

Terapia física    quiropráctico    medicinas      inyecciones de epidural

Circule el número que describe la cantidad de alivio que el tratamiento o medicamento le provee

a)      No alivio    0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10    alivio total

Tratamiento o medicina (incluida la dosis) \_\_\_\_\_

b)      No alivio    0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10    alivio total

Tratamiento o medicina (incluida la dosis) \_\_\_\_\_

c)      No alivio    0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10    alivio total

Tratamiento o medicina (incluida la dosis) \_\_\_\_\_

d) No alivio 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 alivio total

Tratamiento o medicina (incluida la dosis) \_\_\_\_\_

11. Que efectos secundarios o síntomas esta usted teniendo? Circule el que mejor describa su experiencia durante la semana pasada:

nausea	vomito	estreñimiento	falta de apetito	cansancio
Comezón	pesadillas	sudor	concentración	insomnio

12. Circule el número que describe como durante la semana pasada el dolor ha interferido con usted:

a. Actividad general

Nada 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Completamente

b. Estado de ánimo

Nada 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Completamente

c. Trabajo normal

Nada 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Completamente

d. Sueño

Nada 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Completamente

e. Disfrutando la vida

Nada 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Completamente

f. Habilidad de concentración

Nada 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Completamente

g. Relaciones con otras personas

Nada 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Completamente