

CUESTIONARIO DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE

PATIENT INFORMATION QUESTIONNAIRE

Nombre: _____ Fecha de nacimiento _____
Apellido Primer nombre Segundo nombre

Sexo: _____ (masculino, femenino, de masculino a femenino, de femenino a masculino)

Pronombres de preferencia: _____

Médico remitente

Nombre de la consulta: _____

Nombre del médico: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Médico de cabecera

Nombre de la consulta: _____

Nombre del médico: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Describe su dolor más intenso/incapacitante:

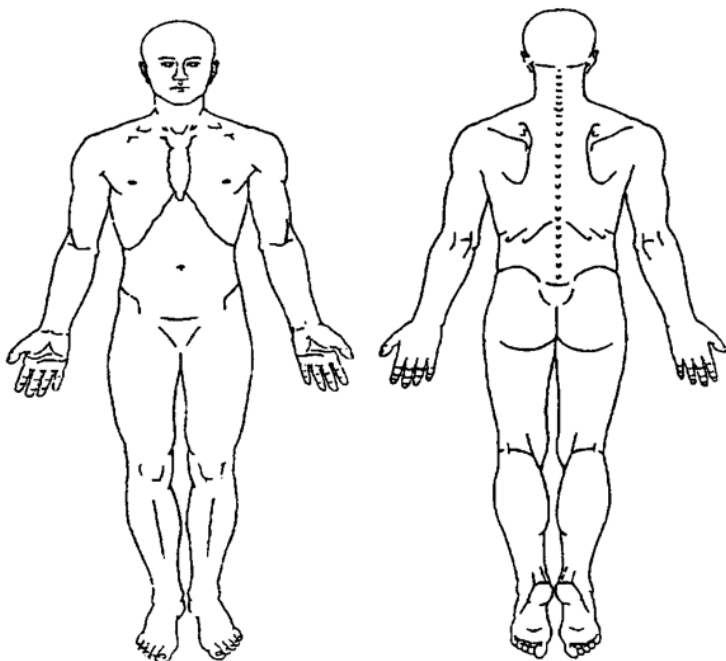
lado derecho izquierdo lado izquierdo derecho

Aproximadamente, ¿cuándo comenzó el dolor?

Describe las circunstancias en torno al inicio de su dolor (p. ej., tipo de lesión o traumatismo, o intervención quirúrgica, etc.):

¿El dolor se irradia hacia algún lugar? Si es así, ¿dónde?

Marque las áreas en el diagrama de arriba donde se localiza el dolor.



Haga un círculo al número que mejor describe cuán intenso es su dolor actualmente.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

sin dolor

dolor leve

incomodidad

sufrimiento

dolor horrible

el peor dolor
que se pueda
imaginar

Según esta escala, ¿en qué número (0-10) está su dolor cuando está mejor? _____ ¿Y cuando está peor?

¿Desde hace cuánto tiene estos episodios de dolor? ¿Con qué frecuencia ocurren?

- <1 semana 1-4 semanas 1-3 meses Continuamente Varias veces al día 3-6 meses
- 6-12 meses >1 año En forma intermitente Ocasionalmente Menos que diariamente

¿Cómo ha cambiado la intensidad del dolor desde que comenzó? Aumentó Disminuyó No cambió

Seleccione uno o más de los elementos de abajo para describir la naturaleza de su dolor:

Pulsátil Fulgurante Agudo Calambre Ardor Sordo Punzante

Otros: _____

¿El dolor se asocia a otros síntomas (adormecimiento/hormigueo/debilidad/incontinencia, etc.)?

¿De qué manera afectan su dolor los siguientes factores? (Marque uno por número)

	Mejor	Peor	Sin efecto		Mejor	Peor	Sin efecto
1. Calor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. Estar parado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Frío	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. Subir escaleras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Recostarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. Recibir masajes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sentarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. Levantar objetos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Caminar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. Toser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Otro: _____

¿Cuáles de las siguientes actividades se ven afectadas por el dolor?

Conciliar el sueño Interacción social Tareas del hogar
 Permanecer dormido Actividad sexual Trabajo/Escuela Tiempo libre

¿Qué metas desea alcanzar con el alivio del dolor?

Indique las fechas de las pruebas que se ha hecho para diagnosticar su dolor:

Radiografías _____ Mielografía _____
Tomografía computarizada _____ Estudio de conducción nerviosa/EMG _____
Resonancia magnética _____ Otros _____

Enumere los nombres de otros especialistas, incluidos clínicas o especialistas del dolor, que haya visto anteriormente:

Nombre	Especialidad	Fecha(s) de la(s) visita(s)

Indique las fechas de los tratamientos que haya tenido por su dolor:

Acupuntura _____ Ejercicio _____ Terapia física _____
Biorretroalimentación _____ Bloqueo facetario _____ Psicoterapia _____
Ortesis _____ Hipnosis _____ Intervención quirúrgica _____
Quiropráctica _____ Masajes _____ Neuroestimulación eléctrica transcutánea _____
Epidural _____ Bloqueo del nervio _____ Terapia de puntos dolorosos _____
Otro _____

¿Tiene alergia a algún medicamento?

No conozco que tenga alergias a medicamentos **Sí** (enumere los medicamentos y su reacción): _____

Enumere todos los medicamentos que toma actualmente:

Medicamento	Dosis	Frecuencia	Medicamento	Dosis	Frecuencia
1.			9.		
2.			10.		
3.			11.		
4.			12.		
5.			13.		
6.			14.		
7.			15.		
8.			16.		

Medicamentos que ha probado antes para el dolor (incluya la dosis y la duración del tratamiento):

Antecedentes quirúrgicos:

Intervención quirúrgica	Año	Intervención quirúrgica	Año
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Antecedentes familiares:

Marque todas las enfermedades que aparecen abajo que existen en su familia:

- Artritis Cáncer (tipo): _____ Depresión Diabetes Enfermedad cardíaca
 Lupus Accidente cerebrovascular Otra: _____

Historia clínica

General

- Obesidad Escalofríos
 Pérdida de peso Fatiga

Musculoesquelética

- Artritis Fibromialgia

Neurológica

- Dolor de cabeza Convulsiones
 Migrañas Accidente cerebrovascular

Psiquiátrica

- Depresión Abuso de sustancias Ansiedad
 Dificultad para dormir

Cardiovascular

- Angina de pecho Endoprótesis coronaria Dolor en el pecho
 Ataque al corazón Marcapasos

Respiratoria

- Asma Enfisema Falta de aliento

Gastrointestinal

- Reflujo Hepatitis Dolor abdominal Diarrea
 Incontinencia Úlceras Distensión abdominal Acidez
 Síndrome del intestino irritable Estreñimiento Náuseas

Genitourinaria

- Impotencia Cálculo renal Libido disminuida Frecuencia urinaria
 Incontinencia urinaria Infección urinaria Problemas de la próstata Vacilación urinaria

Tegumentaria

- Herpes zóster Cáncer de piel Erupción Hinchazón

Endocrina; hematológica; alérgica/inmunológica; de cabeza, ojos, oídos, nariz y garganta

- Cáncer: _____ Virus de la inmunodeficiencia humana Formación de moretones con facilidad Cambios visuales
 Diabetes Problemas de tiroides Zumbido en los oídos

Reumatológica

- Lupus Polimialgia reumática Otro: _____

Antecedentes sociales

Enumere con quién vive:

Nombre	Edad	Relación	¿Cuál de los siguientes describe su estado civil?
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Otro: _____

¿Cuál es su situación laboral? (Profesión actual o anterior: _____)

Jornada completa Media jornada Discapacitado Jubilado Con indemnización por accidente laboral Desempleado

¿Cuál es su nivel educativo más alto? grado/años ____; secundario; universitario; otro: ____

¿Tiene una demanda pendiente por discapacidad, un accidente laboral o un asunto legal? Sí No

¿Usa o ha usado en algún momento alguno de los siguientes?

Alcohol		Productos de tabaco		Drogas (incluso narcóticos)	
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Pasado	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Pasado	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Pasado

Enumere: _____

Política de servicios y tratamiento

Nos complace que su médico de cabecera haya solicitado una consulta para usted en Rex Pain Management Center. Nuestro objetivo es brindarle un diagnóstico apropiado y un plan para un tratamiento más eficaz de su dolor.

Suponemos que ha intentado tratar su dolor antes de su consulta con nosotros. En muchas ocasiones, el uso de medicamentos contra el dolor de manera prolongada es apropiado. Sin embargo, Rex Pain Management Center no tiene la obligación de recetar narcóticos o de brindar algún procedimiento de tratamiento durante su primera consulta con nosotros. Creemos firmemente que es por su bien que hagamos una evaluación exhaustiva para determinar el método más eficaz para reducir el dolor y restaurar la capacidad funcional. Seguir con una terapia que no logra estas metas frustraría el objetivo de una evaluación nueva. Además, por favor, no deje de atenderse con otro médico porque tiene una cita en Rex Pain Management Center. De acuerdo con los resultados de su evaluación, puede que hagamos recomendaciones a sus médicos actuales sin que tenga que realizar un seguimiento en Rex Pain Management Center.

Desafortunadamente, muchas afecciones que causan dolor crónico también causan discapacidad. El proceso de evaluación de la discapacidad y presentación de reclamaciones es bastante extenso. En la actualidad, Rex Pain Management Center no realiza evaluaciones de discapacidad. Su médico remitente debería poder ayudarlo a coordinar evaluaciones de discapacidad cuando sea apropiado.

Política relacionada con las citas

Si no puede llegar a su cita programada, debe cancelar la cita con al menos 24 horas de antelación al horario programado. En caso de no asistir a su cita en repetidas ocasiones o de cancelar sus citas varias veces, existe la posibilidad de que no lo atiendan más en Rex Pain Management Center. Lo remitirán a su médico de cabecera o a otro centro de control del dolor crónico.

Mi firma abajo confirma que he leído y acepto respetar las políticas antes mencionadas.

Firma del paciente _____ Fecha _____
Patient Signature *Date*