



Historial De Dolor

La fecha de hoy: _____ Altura: _____ ft _____ in
 Nombre del paciente: _____ Peso: _____ lbs
 Fecha de nacimiento: _____

Problema de dolor actual

Complete este formulario antes de su primera cita en el Instituto del Dolor de Texas. Sus respuestas cuidadosas nos ayudarán a comprender su problema de dolor y diseñar el mejor programa de tratamiento para usted.

¿Dónde está el dolor? (e.g., espalda, cuello, brazo, pierna, articulación, etc.)

¿Cuándo comenzó el dolor?

Describe su dolor.

<input type="checkbox"/> Arde	<input type="checkbox"/> Palpitante	<input type="checkbox"/> Insensibilizado	<input type="checkbox"/> Intermitente
<input type="checkbox"/> Tiroteo	<input type="checkbox"/> Calambres	<input type="checkbox"/> Entumecimiento	<input type="checkbox"/> Constante
<input type="checkbox"/> Punzante	<input type="checkbox"/> Hormigueo	<input type="checkbox"/> Debilidad	<input type="checkbox"/> Localizada
<input type="checkbox"/> Persistente	<input type="checkbox"/> Afilado	<input type="checkbox"/> Pines & Agujas	<input type="checkbox"/> Radiación

Lo que empeora el dolor?

<input type="checkbox"/> En pie	<input type="checkbox"/> Andante	<input type="checkbox"/> Levantamiento
<input type="checkbox"/> Sentada	<input type="checkbox"/> Acostado	<input type="checkbox"/> Otro _____

Lo que alivia el dolor?

<input type="checkbox"/> Medicación	<input type="checkbox"/> Descansando	<input type="checkbox"/> Inclinarsse hacia adelante
<input type="checkbox"/> Calor	<input type="checkbox"/> Andante	<input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Hielo	<input type="checkbox"/> Acostado	

Tu dolor en este momento

Menos 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Peor

La intensidad promedio de su dolor esta semana

Menos 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Peor

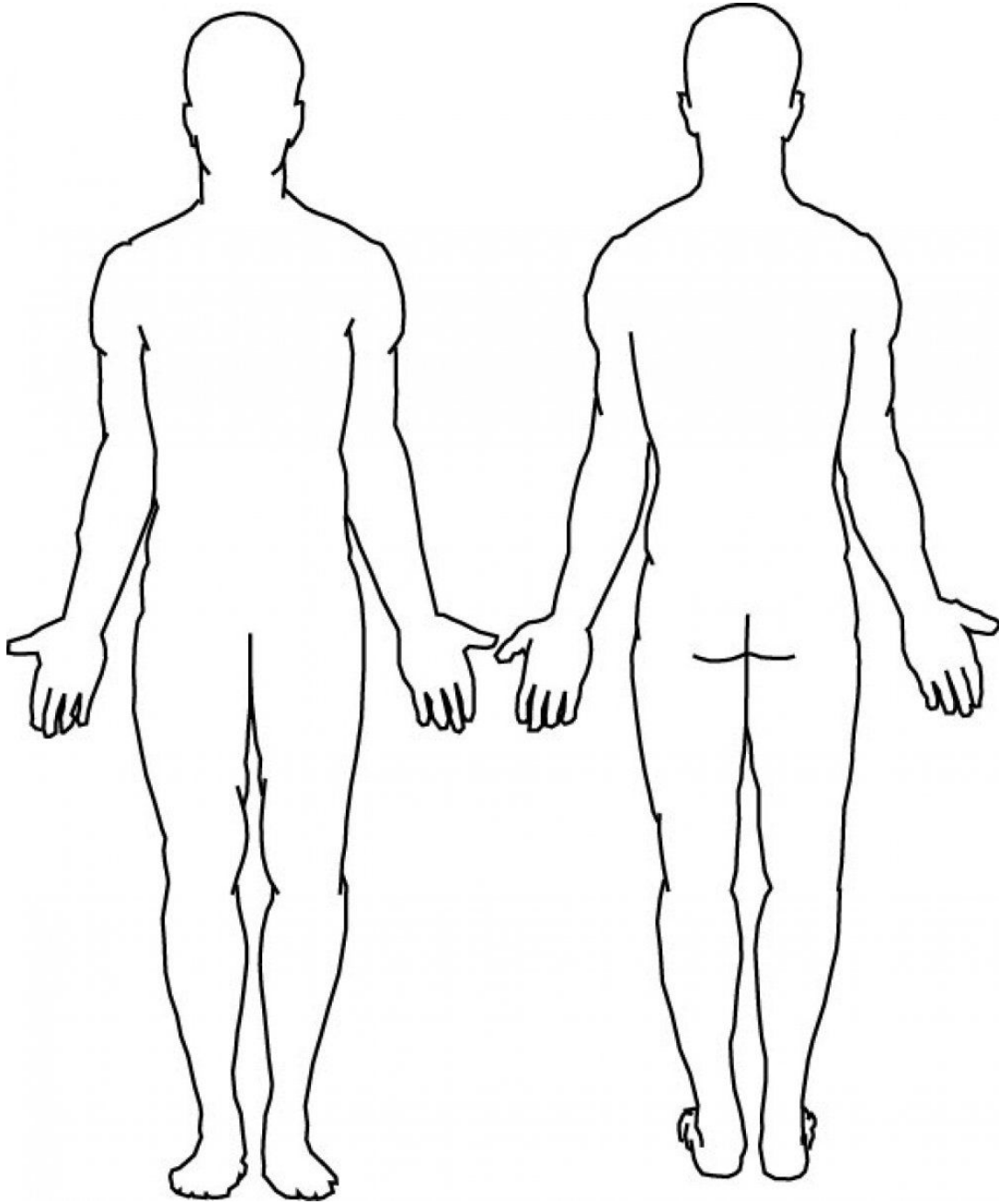
Su dolor en su peor momento

Menos 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Peor



Dibujo del dolor

Marque las áreas de su cuerpo donde siente dolor.



FRENTE

ATRÁS



Historial de tratamiento

Cualquier inyección previa? (En caso afirmativo, indique el tipo de inyección)

Sí No

¿Cuál fue su respuesta a las inyecciones?

¿Toma algún analgésico? (Si es así, enumere los analgésicos probados)

Sí No

¿Le han hecho radiografías o resonancias magnéticas? (Si es así, ¿cuándo y dónde?)

Sí No

¿Has visto a un cirujano? (Si es así, ¿a qué cirujano visitó?)

Sí No

¿Has recibido fisioterapia? (Si es así, ¿cuándo y por cuánto tiempo?)

Sí No

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____ mm/dd/yyyy