

El día de hoy: _____

Cuestionario médico

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ M __ F__

Queja principal: _____

¿Su visita de hoy está relacionada con alguna operación recientemente? (Queja principal) Si es así, ¿cuándo?

Doctor de referencia _____ Médico General _____

Doctor de Manejo del dolor _____ Cardiólogo _____

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD / CONDICIÓN ACTUAL

¿Usted estuvo involucrado en un accidente automovilístico? Sí No

¿Usted se lastimó en el trabajo? Sí No

Por favor describa su problema, ¿cómo sucedió?

¿Qué tan malo es su dolor, cuál es su nivel de dolor? (1 a 10) ____ ¿Cuánto tiempo ha tenido este problema? _____ años/meses

¿Qué lo hace empeorar su dolor? De pie sentado acostado caminando flexión movimiento otro:

¿Qué lo ayuda a mejorar su dolor? Analgésico descanso calor / hielo terapia física TENS unidad otro:

¿Tiene algún problema para controlar su vejiga o sus intestinos? Sí No

¿Ha tenido inyecciones de esteroides epidurales? Sí No

Cuándo? _____ Dónde? _____

¿Ayudó? Sí No

¿Usted ha tenido Terapia Física?

Si No Cuándo? _____ Dónde? _____

¿Ayudó? Sí No

¿Usted a tenido terapia quiropráctica? Si No Cuándo? _____ Dónde? _____

¿Ayudó? Sí No

DESCRIBA SU DOLOR

S N

Constante Viene y se va

Agudo apuñalamiento entumecimiento hormigueo doloroso ardor

Presionando cólicos choques eléctricos

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	BRAZOS	DERECHO	IZQUIERDA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ESPALDA		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PIES	DERECHO	IZQUIERDA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MANOS	DERECHO	IZQUIERDA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CADERA	DERECHO	IZQUIERDA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PIERNA	DERECHO	IZQUIERDA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CUELLO		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HOMBRO	DERECHO	IZQUIERDA

El Paso Orthopedic Specialist
Dr. John S. Jackson
Dr. Toribio T. Natividad
(915) 594-5925