

Información general:

1

Nombre: _____ Fecha: _____

Teléfono donde podemos encontrarlo siempre: _____ ¿podemos dejar un mensaje en este número? No Sí

Médico de cabecera: _____ Tel: _____ Fax: _____

Médico que lo remite: _____ Tel: _____ Fax: _____

Ocupación: _____ Horario de trabajo: _____ Afiliación/prácticas religiosas: _____

Estado civil: soltero/a casado/a divorciado/a viudo/a

Número de niños: _____ Edades de los niños: _____ Número total en el hogar: _____

¿Tiene alergias a algún medicamento? No Sí especifique _____

¿Consumo alcohol? No Sí *especifique frecuencia y cantidad:* _____

¿Tiene antecedentes de consumo de drogas no medicinales? No Sí Explique _____

¿Fuma o tiene antecedentes de consumo de tabaco? No Sí _____ cajetillas/día _____ # años.

Antecedentes de programa de desintoxicación No Sí ¿Cuándo? _____ ¿En dónde? _____

¿Tiene instrucciones anticipadas? Sí - no hay copia en el exp. méd. No - no desea información
 Sí - copia en el exp. méd. No - se proporcionó información

Historial médico general

2

¿Padece alguna de estas afecciones?

Circule todas las que apliquen:

Constitución: Cambios de peso recientes, fatiga, fiebre, falta de apetito.

Ojos, oídos: Mala visión, glaucoma, cataratas, mala audición, zumbido en los oídos, vértigo.

Nariz, boca y garganta: Sinusitis, ganglios inflamados, problemas dentales, ronquera.

Cardiovascular: Alta presión arterial, soplo cardíaco, ritmo cardíaco irregular, infarto de miocardio (ataque cardíaco), insuficiencia cardíaca, palpitaciones, dolor en el pecho, marcapasos, desfibrilador cardioversor implantable (AICD), edema.

Respiratorio: Sibilancias, asma, bronquitis, enfisema, tuberculosis.

Gastrointestinal: Acidez, náuseas, vómito, diarrea, estreñimiento, sangre en heces, úlcera, enfermedad de Crohn, colitis, reflujo gastroesofágico (GERD).

Genitourinario: Orinar con frecuencia, próstata hinchada, incontinencia, disfunción sexual, sangre en la orina, irregularidades con la menstruación, insuficiencia renal, diálisis.

Músculo esquelético: Artritis, hinchazón de articulaciones, calambres musculares, sensibilidad, síndrome de túnel carpiano.

Piel: Urticaria, cambios en el color o apariencia de la piel, cambios en el cabello o las uñas.

Neurológico: Convulsiones, dolor de cabeza, migraña, parálisis, entumecimiento, temblor, apoplejía (accidente vascular), Parkinson, esclerosis múltiple.

Psiquiátrico: Nerviosismo, ansiedad, depresión, trastorno bipolar, violencia física, abuso sexual.

Endocrino: Problemas tiroideos, diabetes, lupus, fibromialgia, disfunción de glándula pituitaria.

Hematológico: Anemia, aparición de moratones fácilmente, consumo de anticoagulantes, Coumadina.

Inmunológico: Zóster, inmunodeficiencia, VIH, tipo de cáncer: _____ Tratamiento para el cáncer: _____

Afecciones adicionales: _____

Mencione cualquier historial médico familiar que pudiera ser relevante.

Historial familiar: _____ Afecciones médicas

Padre: _____

Madre: _____

Hermana(s): _____

Hermano(s): _____



13765

EVALUACIÓN DEL MANEJO DEL DOLOR

pg. 1

¿Alguna vez le han hecho una cirugía? no sí mencione las cirugías, fechas aproximadas y centros donde se realizaron:

Cirugía	Fecha aprox.	Cirugía	Fecha aprox.
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Evaluación del dolor

3

Describe su dolor en sus propias palabras: _____

¿Su dolor empeora al toser, estornudar o estirarse? No Sí

Síntomas que acompañan el dolor: náuseas vómito estreñimiento mareo problemas de visión
 somnolencia debilidad de extremidades coordinación entumecimiento / hormigueo

¿Cuándo empezó a notar su dolor? Mes _____ día _____ año _____

¿Este caso se trata de Compensación para trabajadores (*Workman's Compensation*)? No Sí ¿Está en litigio? No Sí

Si se trata de una lesión relacionada con su trabajo, describa cómo se lesionó. Incluya el tipo de trabajo: _____

Mencione su situación laboral actual: Trabajando sin restricciones Trabajando con restricciones Tipo: _____
 No está trabajando Cuidando el hogar/ama de casa Jubilado/a

¿Pudo regresar a su trabajo después de la lesión? No Sí De ser así, ¿en el mismo cargo? No Sí

¿Cuándo fue al doctor por primera vez para revisar su dolor? _____ ¿A qué tipo de doctor fue? _____

¿Le han realizado alguna de estas pruebas?

_____ Rayos X	¿de qué parte? _____	_____ Resonancia magnética (MRI)	¿de qué parte? _____
_____ Mielografía		_____ Gammagrafía ósea	¿de qué parte? _____
_____ Electromiografía (EMG)	¿de qué parte? _____	_____ Discografía	¿de qué parte? _____
_____ Tomografía computarizada (CAT)	¿de qué parte? _____	_____ Otra	¿de qué parte? _____

¿Le han realizado alguna de las siguientes como parte del tratamiento de su dolor?

_____ Acupuntura	_____ Tratamientos quiroprácticos	_____ Inyecciones en el sitio desencadenante
_____ Asesoría psicológica	_____ Hipnosis	_____ Inyecciones epidurales de esteroides
_____ Bioautoregulación	_____ Terapia física	_____ Operaciones _____
_____ Estimulación eléctrica nerviosa transcutánea (TENS)	_____ Bloqueos nerviosos	_____ Otra _____

¿Alguno de estos tratamientos anteriores le ayudó? No Sí describa: _____

Mencione los medicamentos que tomó en el pasado para controlar el dolor y que fueron eficaces: _____

Mencione aquellos que no fueron eficaces: _____

PROGRAMA DE MANEJO DEL DOLOR CRÓNICO:

Con frecuencia, la definición de dolor resulta complicada y muy subjetiva. La escala siguiente se desarrolló con la finalidad de llegar a cierta uniformidad en la escala del dolor de 0 a 10:

Por favor, califique su dolor circulando un solo número (el que mejor describa su **PEOR** dolor en el pasado):

0* 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**

* Sin dolor

** El peor dolor imaginable

Por favor, califique su dolor circulando un solo número (el que mejor describa su nivel de dolor **MÁS BAJO** en el pasado):

0* 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**

* Sin dolor

** El peor dolor imaginable

Por favor, califique su dolor circulando un solo número (el que mejor describa su nivel de dolor **PROMEDIO** en el pasado):

0* 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**

* Sin dolor

** El peor dolor imaginable

¿Su dolor le ha provocado mayor depresión o ansiedad? No sí

OBJETIVOS RELACIONADOS CON EL DOLOR (Nivel aceptable de dolor) _____

A. ¿Qué es lo que quiere hacer pero no puede debido a su dolor? _____

B. ¿Qué calificación de dolor le permitiría realizar esta actividad? _____

IMPACTO DEL DOLOR: Marque la casilla que mejor describa la manera en que el dolor está interfiriendo con lo siguiente:

Sueño no interfiere interfiere parcialmente interfiere por completo

Actividad física no interfiere interfiere parcialmente interfiere por completo

Estado emocional no interfiere interfiere parcialmente interfiere por completo

Relación con los demás..... no interfiere interfiere parcialmente interfiere por completo

Calidad de vida no interfiere interfiere parcialmente interfiere por completo

¿Dónde vive? casa departamento solo con familia con amigos

¿Alguien le ayuda con sus actividades diarias? no sí ¿quién? _____

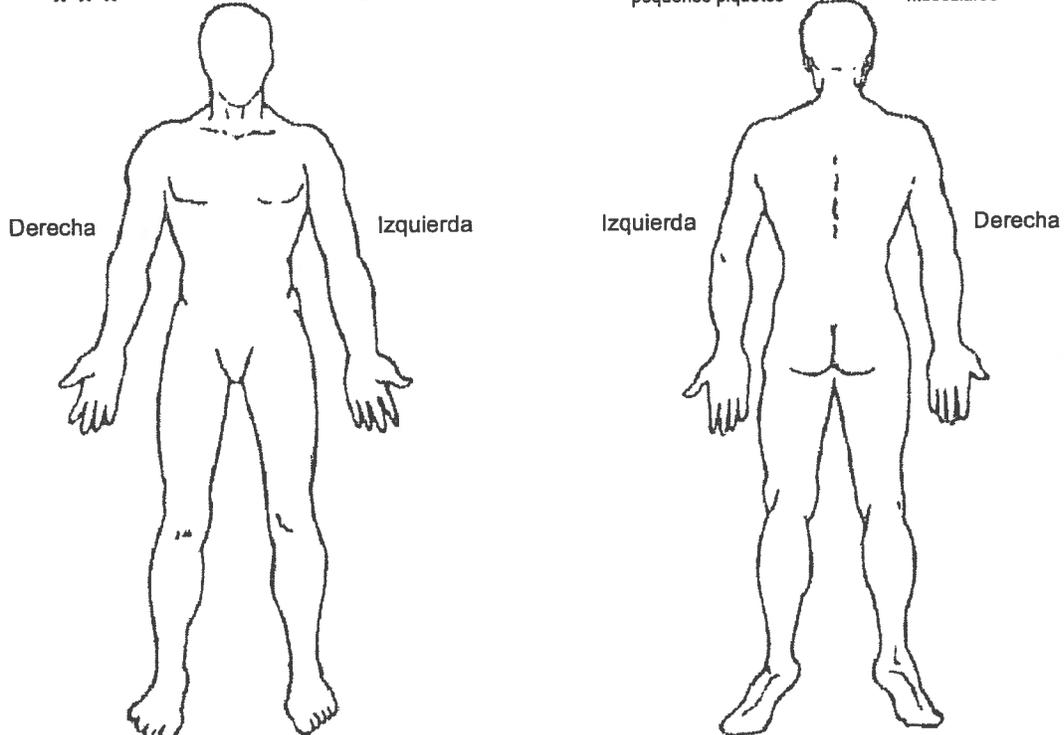
¿Necesita ayuda para moverse de un lugar a otro? no sí: bastón, caminadora, silla de ruedas

UBICACIÓN / TIPO DE DOLOR: Sombree las áreas donde siente dolor y describa:

Dolor:

Dolor general **N N N** Ardor **x x x x** Entumecimiento **= =** Punzadas **/// /// ///** Hormigueo, pequeños piquetes **•••••** Calambres musculares **S S S**

Estatura: _____
 Peso: _____
 Derecho/a _____
 Zurdo/a _____



Duración del dolor constante intermitente

¿Con qué empeora su dolor? _____ ¿Con qué se alivia su dolor? _____

Persona que completa el formulario: _____ Fecha _____

Revisado por: _____ Fecha _____

Los cambios a la sección del Intérprete / asistencia especial deben agregarse a los formularios de los hospitales conforme a la resolución del Comité de Conocimiento Limitado del idioma Inglés (Limited English Proficiency, LEP):

Uso de intérprete o asistencia especial:

- A. El paciente requirió ayuda con el idioma o asistencia especial que se detalla a continuación:
 Intérprete: Lengua extranjera (especifique) _____ Lenguaje de señas
 Asistencia especial: El paciente es invidente o no puede leer. Este formulario se le leyó al paciente.
- B. Se utilizó a un intérprete o asistente especial proporcionado por Sherman Health Systems:
 Nombre/número de intérprete: _____ Depto. de comunicaciones interculturales Pacific Interpreters
 Firma: _____ Language Line
 Nombre del asistente especial: _____ Firma: _____
- C. El paciente rechazó al intérprete/asistente especial proporcionado por el hospital:

 Firma del paciente que rechaza el servicio Nombre/relación del intérp. o asistente especial