

## 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 *si 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 .....                 | <input type="checkbox"/> no interfiere | <input type="checkbox"/> interfiere parcialmente | <input type="checkbox"/> interfiere por completo |
| Actividad física .....      | <input type="checkbox"/> no interfiere | <input type="checkbox"/> interfiere parcialmente | <input type="checkbox"/> interfiere por completo |
| Estado emocional .....      | <input type="checkbox"/> no interfiere | <input type="checkbox"/> interfiere parcialmente | <input type="checkbox"/> interfiere por completo |
| Relación con los demás..... | <input type="checkbox"/> no interfiere | <input type="checkbox"/> interfiere parcialmente | <input type="checkbox"/> interfiere por completo |
| Calidad de vida .....       | <input type="checkbox"/> no interfiere | <input type="checkbox"/> interfiere parcialmente | <input type="checkbox"/> 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: Sombrée las áreas donde siente dolor y describa:**

**Dolor:**

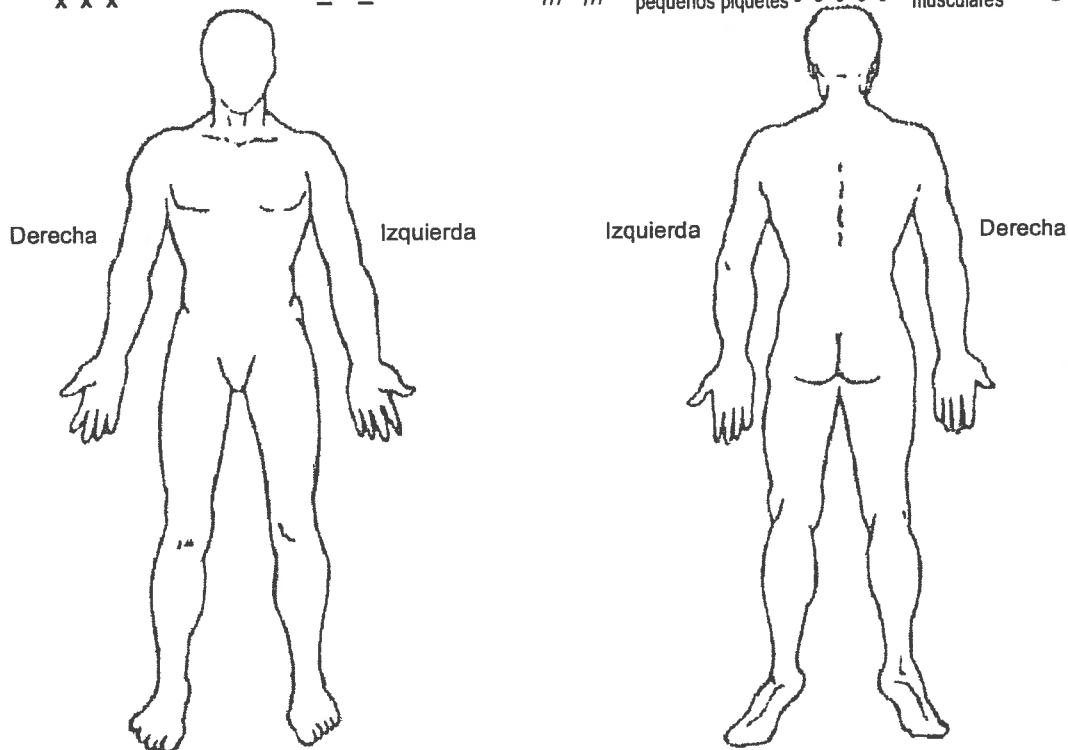
Dolor general **N N N** Ardor **x x x x** Entumecimiento **= =** Punzadas **/// /// ///** Hormigueo, pequeños piquetes **•••••** Calambres musculares **S S S**

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