

Nombre del Paciente: _____ Pt. #: _____
Use Letras en Molde

Su Firma: _____ Fecha: _____

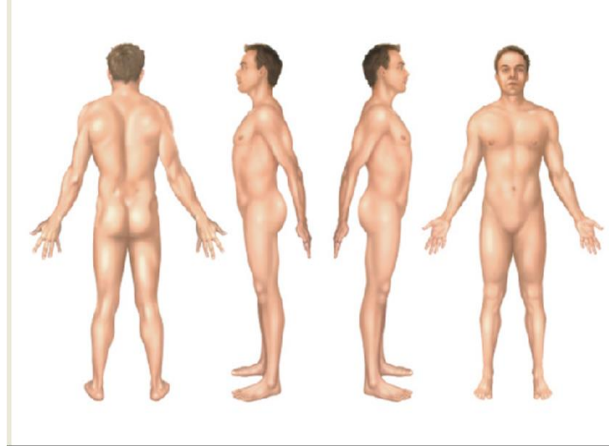
Describe cómo se siente, sus síntomas. (Describe your symptoms): _____

¿Hay algo que este interfiriendo con su progreso o tratamiento? (interfering factors progress or treatment) _____

Anote todos los medicamentos que esté tomando: _____

¿Ha visto a otro doctor recientemente para su dolor? ¿Tiene nuevas radiografías? Anótelos. _____
(other providers / imaging)

Marque donde siente el dolor o sus síntomas:



De 0% a 100%, siento que he mejorado desde el comienzo de mi tratamiento:
(overall improvement)

- Cuello: _____ %
- Espalda: Arriba/Media: _____ %
- Espalda Baja: _____ %

De 1 a 10, mi dolor es: (elija un numero)
[0 es No tengo dolor y 10 es dolor severo]

También, indique cuan frecuente lo siente:

- Cuello: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Raramente - Intermitente - Frecuente - Constante
- Espalda: Arriba/Media: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Raramente - Intermitente - Frecuente - Constante
- Espalda Baja: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Raramente - Intermitente - Frecuente - Constante
- Otro: _____
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Raramente - Intermitente - Frecuente - Constante

- Hombros / Brazos: _____ %
- Piernas / Rodillas: _____ %
- Otro: _____ %

¿Cómo describiría su dolor?:

dolor sordo (dull)	agudo (sharp)	palpitando (throbbing)	ardor (burning)	profundo (deep)	adolorido (aching)
hormigueo (tingling)	punzante (stabbing)	calambre (cramping)	entumido (numbness)	irradia (radiating)	rigidez (stiffness)

Otros síntomas: _____

¿Qué le hace sentir peor?: (aggravating factors)

sentarse	estar de pie	caminar	doblarse	agacharse	cargar algo
dormir	estornudar	toser	esforzarse	alcanzar	retorcer
mirar arriba	mirar abajo	movimiento	descansar	acostarse boca bajo	manejar
teclear	recoger	quehaceres	ejercicio	acostarse boca arriba	subir escaleras

Otra cosa: _____

¿Qué le hace sentir mejor?: (relieving factors)

sentarse	pararse	acostarse	doblar las rodillas	apoyarse en algo
no hacer movimiento	moverse	usar algo caliente	usar hielo	gel tópico
ibuprofeno	medicamento	descansar	estirarse/ejercicio	ajustamiento

Otra cosa: _____

Elija 6 áreas en que ha mejorado y de 0% - 100%, evalúe su progreso: (mejor = better / improved)

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Cuidado Personal (lavarse, vestirse):
(personal care) _____ % mejor • Levantar: (lifting) _____ % mejor • Leer: (reading) _____ % mejor • Dolor de cabezas: (headache) _____ % mejor • Frecuencia de dolor de cabezas:
(frequency of headaches) _____ % mejor • Dormir: (sleeping) _____ % mejor • Estar de Pie: (standing) _____ % mejor • Recreacion: (recreation) _____ % mejor • Tirar: (throwing) _____ % mejor • Cargar: (carrying) _____ % mejor • Jalar: (pulling) _____ % mejor • Quehaceres livianos:
(light housework) _____ % mejor • Quehaceres pesados:
(heavy housework) _____ % mejor | <ul style="list-style-type: none"> • Estar acostado: (lying) _____ % mejor • Manejar: (driving) _____ % mejor • Ponerse de pie: (sit to stand) _____ % mejor • Ir de compras: (shopping) _____ % mejor • Doblarse: (bending) _____ % mejor • Correr: (running) _____ % mejor • Escribir: (writing) _____ % mejor • Recoger objetos:
(picking up objects) _____ % mejor • Alcanzar algo: (reaching) _____ % mejor • Alcanzar algo por detrás:
(reaching behind) _____ % mejor • Empujar: (pushing) _____ % mejor • Abrir latas: (opening jars) _____ % mejor |
|--|---|

¿Desde su última cita médica, ha tenido nuevas radiografías o exámenes? Si No ¿Cuándo y dónde?

¿Ha cambiado algo en su salud o en las siguientes áreas?:

- ¿Algún cambio en cuanto al fumar? Si No
 - ¿Tiene nuevas alergias a la medicina? Si No
 - ¿Ha sido diagnosticado con hipertensión? Si No
 - ¿Ha sido diagnosticado con Diabetes? Si No
 - Explique qué ha cambiado en cuanto a su salud:
-

For staff use (below):

Height: _____ **Weight:** _____ **BP:** _____ **Pulse:** _____