

Nombre: _____

Fec de Nac: _____

(Where) ¿Dónde tiene su dolor? _____

Círcule su puntaje de dolor más bajo Y más alto diariamente:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (0 = sin dolor; 10 = peor dolor)

(Pain control) ¿Cómo es su control del dolor? () Mejor () Bueno

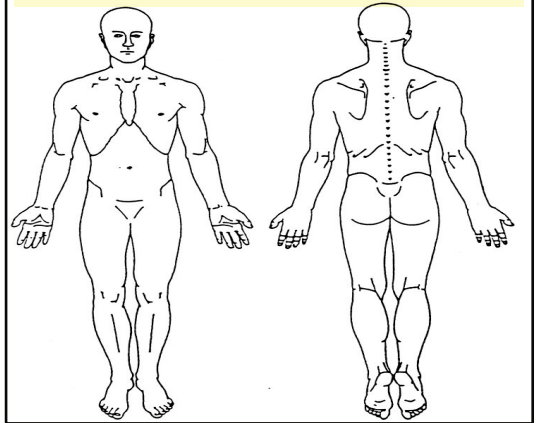
() Regular () Malo; Otro: _____ Si es mejor, ¿cuánto? _____ %

(PT) Terapia física: () Nunca lo he tenido () ayudó () NO ayudó

() empeoró el dolor () No hubo diferencia

(Meds/Anticoag) Medicamentos, incluidos los anticoagulantes: _____

Marque su dolor en el diagrama.



(Better) ¿Qué mejora su dolor? () Medicamentos () Inyecciones () Nada () Otro: _____

(Worse) ¿Qué empeora su dolor? () Actividades diarias () Caminar () Estar de pie () Sentarse

() Cualquier cosa () Usar las manos () Voltear la cabeza; Otro: _____

(Describe) Describa su dolor. () Dolor () Agudó () Ardor () Entumecimiento () Hormigueo () Debilidad; Otro: _____

(Function) ¿Cómo es su función diario? () Mejorado () Bueno () Regular () Malo

(Mood) ¿Cómo está su estado de ánimo? () Mejorado () Bueno () Regular () Malo

(SEs) ¿Tiene algún efecto secundario con sus medicamentos para el dolor? () Ninguno; () Sí,

¿Qué? _____

(New Info/Tests) ¿Alguna prueba nueva (por ejemplo, resonancia magnética, tomografía computarizada, rayos x, análisis de sangre), problemas médicos o cirugías desde su última visita?

() No () Sí, ¿Qué? _____

(ROS) Revisión de sistemas. Marque todo lo que le aplique: () Ninguno () Fiebre () Pérdida de peso

() Confusión () Insomnio () Ansiedad () Depresión () Pensamientos suicidas () Picazón () Erupción de

la piel () Falta de apetito () Náuseas () Otro: _____

Comentarios adicionales: _____

Firma /s/