

# Regional Pain Treatment Medical Center

## Questionario de Dolor en Espanol

Fecha: \_\_\_\_\_ Oficina : \_\_\_\_\_

**Importante : Por Favor Lea y Conteste Cada Pregunta con Mucho Cuidado,**

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Altura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_

Seguro Soc.# \_\_\_\_\_ Escribe con mano: ( ) Derecha ( ) Izquierda

Domicilio \_\_\_\_\_ Telefono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Tipo de trabajo \_\_\_\_\_

Asegurans: \_\_\_\_\_ Workers Compensation / Privado / Medicare / Personal Injury

Doctor 1: \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Doctor 2 \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Abogado Nombre \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

### Que le duele ?

Se lastimo en el trabajo ? Si / No:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

Fecha desde que empezó el dolor : \_\_\_\_\_ Fecha oficial del Accidente

**Explique como se lastimo:** *En sus propias palabras, explique en detalle como y porque se lastimo. En donde empezó el dolor y en cuales partes del cuerpo están afectadas*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nivel del dolor cuando se lastimo: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
*Marque el numero 0 = no Dolor >>>>> 10 = Dolor mas severo de su vida*

**Se lastimo en el trabajo? ( ) Si ( ) No Se reporto a su jefe del trabajo? ( ) Si ( ) No**

Sigue trabajando ? ( ) Si ( ) No Cuando Paro de Trabajar? \_\_\_\_\_

Ha sufrido de estos dolores en tiempos pasados? ( ) Si ( ) No Explique: \_\_\_\_\_

Ha tenido otros Casos Industriales? ( ) Si ( ) No Explique \_\_\_\_\_

Tiene Usted Beneficios bajo algún Juicio después de un accidente industrial ? ( ) Si ( ) No

### **Marque los exámenes diagnósticos que haiga tenido:**

EMG, NCV CT Scan MRI Bone Scan Myelograma Arthrograma Discograma Otro estudio

### **Marque los tratamientos que ha recibido para su dolor:**

<u>Tratamiento</u>	<u>Si</u>	<u>No</u>	<u>Le ayudo?</u>	<u>Si</u>	<u>No</u>
Terapia Física	_____	_____		_____	_____
Electro Terapia	_____	_____		_____	_____
Quiropráctico	_____	_____		_____	_____
Acupuntura Acupresion	_____	_____		_____	_____
Tracción	_____	_____		_____	_____
Siquiatra / Sicólogo / Hipnosis	_____	_____		_____	_____
Clínica de Dolores	_____	_____		_____	_____
Inyecciones	_____	_____		_____	_____

**Tiene Doctor Especialista en los Dolores? ( ) Si ( ) No** Quien: Dr. \_\_\_\_\_

Le han inyectado el Cuello, la Columna Vertebral, las Coyunturas de la Columna, los Discos Vertebrales, lo Ligamentos o los músculos para aliviar su dolor? ( ) Si ( ) No

Le han Operado para este dolor? \_\_\_\_\_

### **Condición de su Dolor en este Tiempo**

Con los tratamientos que ha recibido, se siente ( ) mejor ( ) Igual ( ) Peor

**Escala de Dolor :** Nivel del dolor: *Marque el numero 0 = no Dolor >>>>> 10 = Dolor mas severo de su vida*

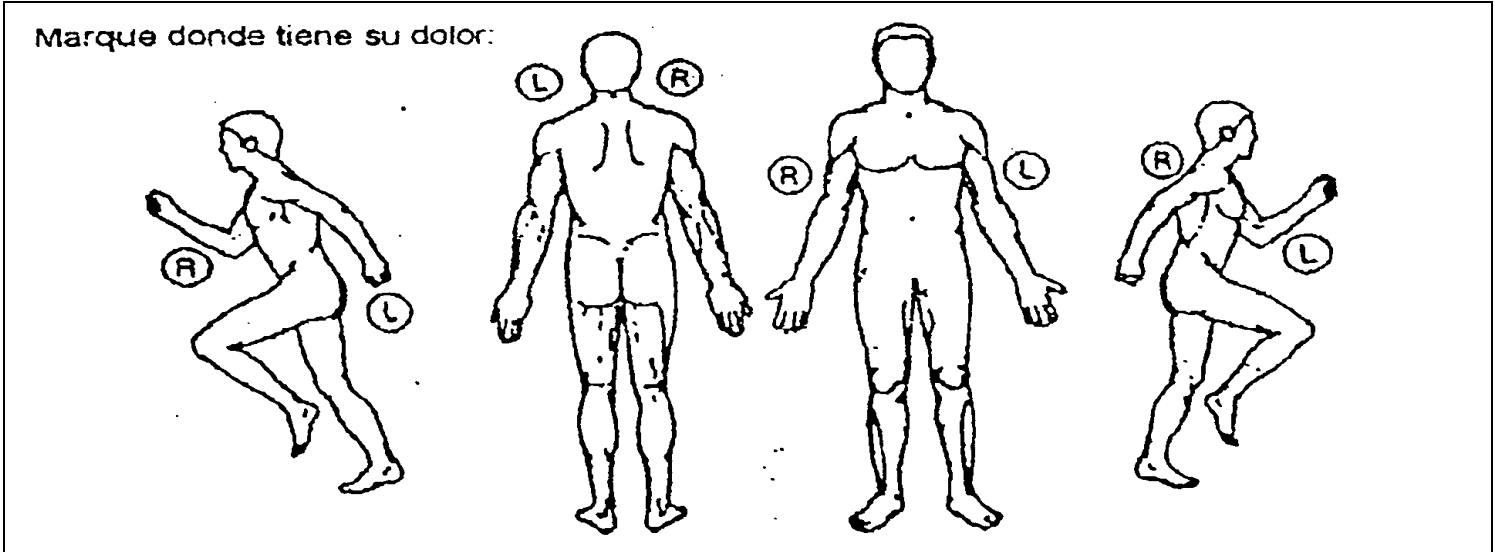
En la Mañana	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Tarde	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Noche	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

**Marque la clase de dolor que tiene Ud.**

Adolorido	Relámpago	Romo	Constante	Ardiente
Hormigante	Apretado	Radiante	Calambre	Caliente
Pesado	Molesto	Adormecido	Frío	Interno
Soero	Picante	Breve	Puñal	Agudo
Inexplicable	Intolerable	Externo		

Tiene Perdida de fuerza, sensación, o uso de alguna parte de su cuerpo? Se le incha alguna parte de su cuerpo? Le camina el dolor a otras partes de su cuerpo? Donde ?

**Marque donde tiene su dolor: Esto es muy importante !**



**Cuales actividades enpioresen su dolor ?**

- |   |               |           |                                  |
|---|---------------|-----------|----------------------------------|
| Caminar   | Levantar algo | Manejar   | Levantarse de una silla/cama     |
| Sentar  | Corer/Deporte | Sexo      | Calor Frio                       |
| Parar   | Comer         | Acostarse | Hincar Extender la espina dorsal |
| Doblar la espina dorsal                                   |               | Torcer    | Masaje o presión muscular        |
| Doblar o Extender cuello, brazo, pierna, o otra coyuntura |               |           |                                  |

**Conque se mejora su dolor?**

- |   |                     |            |
|---|---------------------|------------|
| Acostarse----De cara----De espalda----De lado | Hielo               | Calor      |
| Caminar                                       | Medicamentos        | Pararse    |
| Sentar  | Ejercicio/Actividad | Descanso   |
|   | Cambio de posición  | Otra cosa? |

Falsea al caminar ? ( ) Si ( ) No      Ha perdido fuerza en sus brazos o piernas? ( Si ) ( No )  
 Problema de caer ( ) Si ( ) No      Que tan seguido? \_\_\_\_\_ Se le traban sus coyunturas ( Si ) ( No ) \_\_\_\_\_  
 Tiene problemas con el control de continencia orinaría o del excremento? ( ) Si ( ) No (Nuevo) (Viejo) ? \_  
 Cuantas horas duerme de noche? \_\_\_\_\_ ( ) El dolor me despierta ( ) No me deja dormir  
 Tiene Usted Depresión? ( ) Si ( ) No      Ha aumentado de peso ( ) Si ( ) No  
 Cuales otras problemas ha tenido resultante de este dolor ?

**Sigue siendo activo ? ( ) Si ( ) No /// Trabaja o puede Trabajar en estos tiempos? ( ) Si ( ) No \_\_\_\_\_**

Cuales actividades ha dejado de hacer por razón de su dolor :

Actividad	No puedo	Puedo pero con dolor
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**Alergias**

**Marque las medicinas que toma para dolor:**

Medicamento	Dosis en mg	Pastillas por día	Ayuda ?	Nombre de Otros medicamentos
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

**Marque sus problemas de salud: Condición :** ( ) Ninguna ( ) Dolores Crónicos

**Cardiaco -Respiratorio - Riñón-Urinario - Intestinal - Muscular - Ortopédico - Cutáneo - - Mental - Vascular**

Ataque de corazón	Cáncer	Embarazada	Infecciones	Sicosis	
Artritis	Diabetes	Epilepsia	SIDA	Sobrepeso	Ulcera
Asma	Dolor de Pecho	Fracturas	Nerviosismo	Teroide	
Angina	Defecto natal	Gastritis	Pulmonia	Tuberculosis	Viruela
Alta presión	Hernia	Hepatitis	Parálisis		
Otra					

**Cirugias** Marque todas las cirugías que tuvo y la Fecha. \_\_\_\_\_

Ha sido hospitalizado para algo grave? ( ) Si ( ) No Cuando? \_\_\_\_\_

Marque problemas de salud en su familia( como Cáncer) \_\_\_\_\_

**Informacion Social**

( ) Casado/a ( ) Nunca casado ( ) Separado ( ) Divorciado ( ) Viudo

Numero de niños \_\_\_\_\_ Edades \_\_\_\_\_ Viven con Usted ? ( ) Si ( ) No

Bebe alcohol – Si /No Ligeramente ? Sobrepasado? Cuanto Toma al día? \_\_\_\_\_

Fuma ? Si / No Cuantos paquetes por día? \_\_\_\_\_

Toma droga recreacionales? Como, marijuana, narcoticos, Sedativos Heroína, cocaína?

Tiene historia de uso de droga o alcohol habitual/dependencia/ abuso? ( ) Si ( ) No \_\_\_\_\_

Hace ejercicio o deporte o programa de actividades? ( ) Si ( ) No Cuales? \_\_\_\_\_

**Reviso de Sistemas:** Marque las problemas que tiene :

<b><u>Ojos</u></b>	<b><u>Naris</u></b>	<b><u>Huesos/Coyuntura</u></b>	<b><u>Pulmón/Respiración</u></b>	<b><u>Vesicular/Genitalilla</u></b>
Ojos/ Amarillos	Sangrar	Dolor	Tos crónica	Dolor al orinar
Doble visión	Alergia	Hinchazón	Sangrar al toser	Sagrar al orinar
Dolor de Cabeza	tumores	Zafaduras/Fractura	Falta de Respiración	Frecuencia/Urgencia
<b><u>Oyidos</u></b>	Mocos	Dolor de Artritis	Dolor al Respirar	Infección
Dolor		Debilidad Muscular	Asma	Impotencia
Sordes/Tinitis				
<b><u>Sangre</u></b>	<b><u>Garganta</u></b>	<b><u>Estomago</u></b>	<b><u>Corazón/ circulación</u></b>	<b><u>Emocional/ Sicológico</u></b>
Moretes	Dolor	Nausea/Vomito	Dolor de pecho	Depresión
Sangrar	Ronco	Ulcera	Pulso irregular	Enojo / Violencia
infección	Infección	Dolor	Hinchazón de pierna	Ansiedad / Estrés en el trabajo
	Otra	Diarrea	Soplo	Piensa en Suicidio

Piensa Usted, que estas problemas son por rason de su dolor ? (Si) (No)

**Tiene infección** de alguna parte de su cuerpo ? Por Favor notificar a la enfermera ! (Si) (No)

Donde? \_\_\_\_\_

**Commentarios**

Esta información se dio voluntariamente y es la verdad. Yo comprendo y doy permiso que les manden información o cualquier expediente necesario para ayudarme con este caso.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

***Gracias por su asistencia. Nosotros esperamos ayudarle con su dolor.***

***RPTC*** ***Calidad – Carino – Compacion***

*Alvaro Liceaga MD.*

Oficina: 562-698-9992 Fax: 562-698-9992

***Regional Pain Treatment Medical Center***

***1-(888)-311-PAIN***