

### Questionario Para Paciente Nuevo

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Estado civil: S \_\_\_ C \_\_\_ V \_\_\_ D \_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_

No. de seguro social: \_\_\_\_\_ No. De licencia de manejo: \_\_\_\_\_ Cumpleaños: \_\_\_\_\_  
Tel casa: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Patrón del paciente: \_\_\_\_\_  
Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

¿A qué se dedica? \_\_\_\_\_  
¿Quién lo envió con nosotros? \_\_\_\_\_

En caso de emergencia, pariente o amigo más cercano a usted, que no viva con usted:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_

#### **SEGURO:**

Nombre de la aseguradora: \_\_\_\_\_  
Nombre del patrón: \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_ Cumpleaños del asegurado: \_\_\_\_\_  
Relación: \_\_\_\_\_

No. de Seguro Social del Asegurado: \_\_\_\_\_

No. de grupo: \_\_\_\_\_ No. de certificado: \_\_\_\_\_  
Teléfono de la aseguradora: \_\_\_\_\_

#### **SECUNDARIO**

Nombre de la aseguradora: \_\_\_\_\_  
Nombre del patrón: \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_ Cumpleaños del asegurado: \_\_\_\_\_  
Relación: \_\_\_\_\_

No. de Seguro Social del Asegurado: \_\_\_\_\_

No. de grupo: \_\_\_\_\_ No. de certificado: \_\_\_\_\_  
Teléfono de la aseguradora: \_\_\_\_\_

#### **INFORMACIÓN DE COMPENSACIÓN AL TRABAJADOR**

Nombre del patrón: \_\_\_\_\_ Fecha en que se lesionó: \_\_\_\_\_  
No. de reclamo: \_\_\_\_\_

Aseguradora: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dirección del reclamo: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
Nombre del ajustador: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_

**INFORMACION DEL ABOGADO**

Nombre del abogado: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

**ASIGNACIÓN Y RENUNCIA**

Por medio de la presente autorizo que mis beneficios del seguro sean pagados directamente a Pain Consultants of San Diego (Dr. Michael Verdolin). Yo soy responsable financieramente por los servicios que no sean cubiertos.

Firma: \_\_\_\_\_

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

En una horacion diganos que es lo que trae el dia de hoy. \_\_\_\_\_

Que es lo que causa el dolor que lo empeora (ej. caminar) \_\_\_\_\_

Que hace que el dolor disminuya? \_\_\_\_\_

Por favor califique su dolor en la siguiente escala: El 0 es NADA DE DOLOR y el 10 es EL PEOR DOLOR QUE SE PUEDA IMAGINAR.

\_\_\_0\_\_\_1\_\_\_2\_\_\_3\_\_\_4\_\_\_5\_\_\_6\_\_\_7\_\_\_8\_\_\_9\_\_\_10  
No dolor Peor dolor

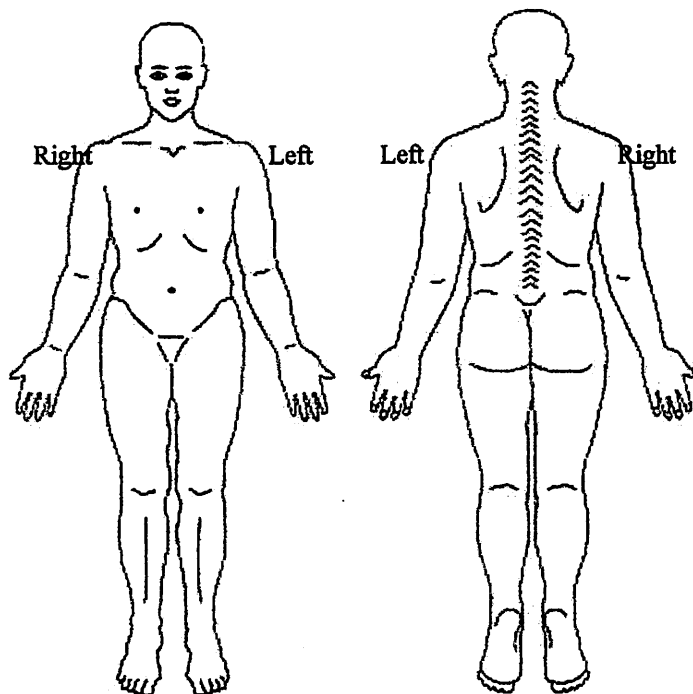
Por favor califique que tan discapacitado está: El 0 es PUEDE HACER TODO y el 10 es TOTALMENTE DISCAPACITADO.

\_\_\_0\_\_\_1\_\_\_2\_\_\_3\_\_\_4\_\_\_5\_\_\_6\_\_\_7\_\_\_8\_\_\_9\_\_\_10  
Puede hacer todo No puede funcionar

¿Qué palabras describen mejor su dolor? (POR FAVOR MARQUE TODAS LAS QUE APLIQUEN)

Punzante \_\_\_\_\_ Adolorido \_\_\_\_\_ Agudo \_\_\_\_\_ Sordo \_\_\_\_\_ Fulguran Hormiguelo \_\_\_\_\_  
Ardor \_\_\_\_\_ Adormecimiento \_\_\_\_\_ Caliente \_\_\_\_\_ Frio \_\_\_\_\_  
Continuo \_\_\_\_\_ Intermitente \_\_\_\_\_

Por favor marque en este diagrama  
Todos los lugares en los que tiene dolor



De Que manera limita el dolor sus, actividades ? \_\_\_\_\_

En los espacios a continuación díganos si el dolor lo limita en las siguientes actividades y díganos cuáles son las metas que quiere alcanzar con el tratamiento.

Capacidad para trabajar	¿Cuántas horas trabaja al día?	
Capacidad para dormir	Horas que duerme en la noche	
Actividades recreativas	¿Cómo describiría su sueño?	Intranquilo, Interrumpido, Necesito pastillas, Normal
Relación con la familia	Emocionalmente frecuentemente estoy	Normal, Contento, Triste, Enojado, Frustrado, Deprimido, Sin una emoción en particular
Relación con amigos	¿Qué espera del tratamiento para el dolor?	
Concentración		

Por favor indique si ha tratado de usar cualquiera de estos tratamientos y si le sirvieron.

Tratamiento	Si	No	¿Cuándo empezó el dolor (fecha)		Si
			El dolor Empezó	De repente Forma gradual	
Cirugía					
Terapia Física					
Quiropráctico					¿Tuvo un accidente?
Acupuntura					¿Se lastimó en el trabajo?
Masaje			¿Hay un proceso legal pendiente?		
Biofeedback					
Terapia psicológica					
Inyecciones de esteroides					
Bloqueo de los nervios					

Indique los anticoagulantes que Es posible que esté tomando. Por favor díganos acerca de todos lo medicamentos que toma y si le sirven para el dolor.

Nombre del medicamento Hierba o suplemento	Potencia o dosis	¿Cuántas pastillas Toma a la Vez?	¿Al día?	No. De pastillas que toma al día	¿Cuánto tiempo las ha tomado?
Coumadin / Warfarin					
Ticlid / Plavix					
Lovenox / Enoxaparin					
Ginko, ajo, vitamina E					
325 mg (dosis completa) Aspirina					
Certifico, en la medida de mi Conocimiento, que no estoy Tomando ningún medicamento o Hierba anticoagulante.					

- NO tengo alergias a medicamentos  
 Soy ALERGICO al Yodo, mariscos, medio de contraste. \_\_\_\_\_  
 Tengo otras alergias a medicamentos \_\_\_\_\_

Haga una lista de los doctores a los que ha visto por su problema de dolor.

Nombre del doctor	Nombre del consultorio	Última vez que lo vio

Haga una lista de todas las veces de que lo han operado.	Fecha

Por favor indique si ha tenido alguno de los siguientes problemas médicos.

<input type="checkbox"/>	Derrame cerebral	<input type="checkbox"/>	Infarto	<input type="checkbox"/>	Cáncer	<input type="checkbox"/>	Piedras en el riñón
<input type="checkbox"/>	Mareo	<input type="checkbox"/>	Insuficiencia cardiaca	<input type="checkbox"/>	VIH / Sida	<input type="checkbox"/>	Fumar
<input type="checkbox"/>	Visión borrosa	<input type="checkbox"/>	Palpitaciones	<input type="checkbox"/>	Problemas musculares	<input type="checkbox"/>	Asma
<input type="checkbox"/>	Pérdida de la audición	<input type="checkbox"/>	Latido cardiaco irregular	<input type="checkbox"/>	Fracturas	<input type="checkbox"/>	Bronquitis
<input type="checkbox"/>	Convulsiones	<input type="checkbox"/>	Presión arterial alta	<input type="checkbox"/>	Fibromialgia	<input type="checkbox"/>	Ulcera
<input type="checkbox"/>	Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>	Dolor de pecho	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	Sangre en las heces fecales
<input type="checkbox"/>	Pérdida de la memoria	<input type="checkbox"/>	Dificultad para respirar	<input type="checkbox"/>	Problemas de tiroides	<input type="checkbox"/>	Depresión
<input type="checkbox"/>	Adormecimiento	<input type="checkbox"/>	Soplo cardiaco	<input type="checkbox"/>	Enfisema	<input type="checkbox"/>	Que se le hagan moretones fácilmente