

FECHA: _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Lista de Alergias: _____ Peso e Estatura: _____

Es Diabetico? SI o NO | Usted fuma? SI o NO | Cambio su medicamento? SI o NO

En una oracion, Cual es su queja principal? _____

En una escala del Cero (0) al Diez (10), Clasificar su dolor de hoy. 0 es NO dolor, 4 es Leve, y 10 es el PEOR dolor de su vida.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>										

Describe su dolor:

- | | | | | |
|------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Constante | <input type="checkbox"/> Intermitente | <input type="checkbox"/> Afilado | <input type="checkbox"/> Agudo | <input type="checkbox"/> Dolor |
| <input type="checkbox"/> Hormigueo | <input type="checkbox"/> Entumido | <input type="checkbox"/> Punzada | <input type="checkbox"/> Eléctrico | <input type="checkbox"/> Otro |

Cuando tiene su dolor?

- | | | | |
|---------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mañana | <input type="checkbox"/> Tarde | <input type="checkbox"/> Noche | <input type="checkbox"/> Movimiento |
|---------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|

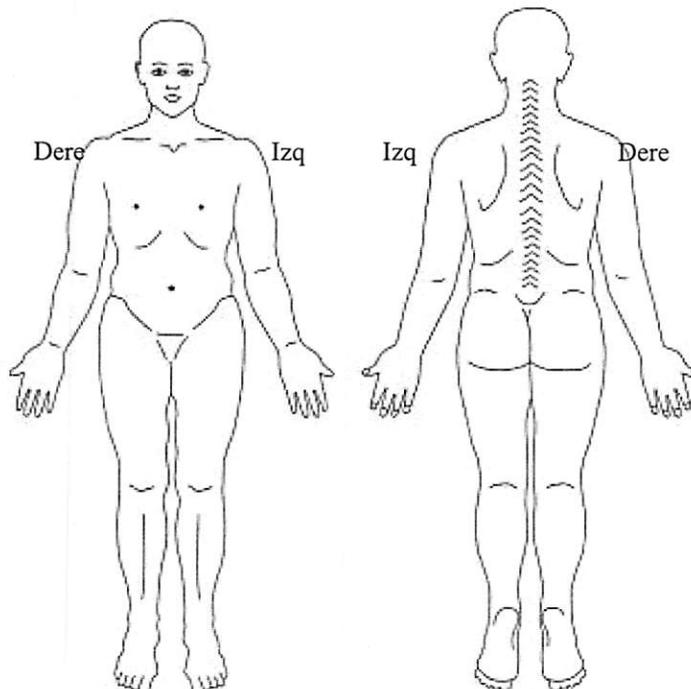
Lo que hace que su dolor mejore?

- | | | | | |
|--------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Calor | <input type="checkbox"/> Frio | <input type="checkbox"/> Descanso | <input type="checkbox"/> Movimiento | <input type="checkbox"/> Medicina |
|--------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|

Que hace empeorar su dolor?

- | | | | |
|--------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Calor | <input type="checkbox"/> Frio | <input type="checkbox"/> Descanso | <input type="checkbox"/> Movimiento |
|--------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|

Marca el diagrama donde siente el dolor.



Firma del Paciente _____