

## JORGE E. TIJMES, M.D.

FAVOR DE LLENAR ESTE QUESTIONARIO COMPLETAMENTE., ESTO NOS AYUDARA PARA SU TRATAMIENTO, GRACIAS

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

Nombre: \_\_\_\_\_

Lenguaje preferido: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Codigo postal: \_\_\_\_\_

Telefono (Casa) \_\_\_\_\_

Telefono (trabajo): \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: M F

Quien lo refirio a esta clinica \_\_\_\_\_

Que doctores lo han visto para este problema? \_\_\_\_\_

Esta trabajando? \_\_\_\_\_ Ocupacion: \_\_\_\_\_

Por cuanto tiempo ha trabajado? \_\_\_\_\_

Este problema es debido a un accidente?

(de trabajo, automovil)? \_\_\_\_ Si \_\_\_\_ No Enfermedad? \_\_\_\_ Si \_\_\_\_ No

Por favpr explicar:

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

Si esta desabilitado cuando fue la ultima fecha que trabajo: \_\_\_\_\_

Tiene un *Impairment Rating*? \_\_\_\_\_ que porcentaje? \_\_\_\_\_ % Fecha? \_\_\_\_\_

Esta envuelto en alguna demanda o planea demandar a alguinen? \_\_\_\_ Si \_\_\_\_ No

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

Telefono del abogado: \_\_\_\_\_

### **HISTORIA SOCIAL**

Estado civil: \_\_\_\_\_ Cuantos hijos tiene: \_\_\_\_\_ Edades: \_\_\_\_\_

Quien vive con usted: \_\_\_\_\_

Que grado de escuela completo ? \_\_\_\_\_

Fuma? (Cuanto le dura una cajetilla?) \_\_\_\_\_

Toma bebidas alcoholicas ? (Cuanto?) \_\_\_\_\_

Usa drogas ilegales? \_\_\_\_\_

**INFORMACION SOBRE SU DOLOR**

Desde hace cuanto tiene dolor? \_\_\_\_\_

Donde es su dolor?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**POR FAVOR TRAER TODAS LAS MEDICINAS QUE ESTE TOMANDO EN ESTE MOMENTO**

Por favor circule las palabra que describan su dolor:

**Constante**

**Intermitente**

**Escoja 4 o menos:**

Agudo

Adolorido

Hormigamiento

Adormecido

Sharp

Punzadas

Colicos

Ardor

Frio

Electricidad

Cuantas horas duerme en la noche? \_\_\_\_\_ lo despierta el dolor ? \_\_\_\_ Si \_\_\_\_ No

Maneja? \_\_\_\_\_

Lo siguiente, como afecta su dolor? Mejora ( M), Empeora (E), o no tiene cambio (NC)

Parado	_____	Acostarse	_____	Estar alrededor de personas	_____
Sentado	_____	Calor	_____	Luces brillantes	_____
Caminar	_____	Medicamentos	_____	Manejar	_____
Toser /Estornudar	_____	Masaje	_____	Comer	_____
Actividades fisicas	_____	Bebidas alcoholicas	_____	Ruidos fuertes	_____
Cambios en el tiempo	_____	Estres	_____		

Usando la siguiente escala responda con el numero que corresponda con su dolor. En la escala el numero 0 es no hay dolor y el 10 es el peor dolor que se pueda imaginar.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No hay dolor		minimo		moderado		severo		Peor imaginable		

Su dolor varia en intesidad? \_\_\_\_ Si \_\_\_\_ No

El PEOR dolor que haya tenido es: (del 0 - 10) \_\_\_\_\_

Cual es su nivel de dolor en estos momentos (del 0-10)? \_\_\_\_\_

El MENOR dolor que haya tenido es: (del 0 - 10) \_\_\_\_\_

Cual seria el dolor de un piquete de aguja para usted? \_\_\_\_\_

**TRATAMIENTOS PREVIOS Y RESULTADOS**

Ha tenido cirugia para este problema? \_\_\_\_ Si \_\_\_\_ No

Cuando? \_\_\_\_\_

Que tratamientos ha tendio para este problema

	Si/No	Ayudo (A) o No (N)
Descanso en cama	_____	_____
Terapia fisica/ejercicio	_____	_____
Medicamentos	_____	_____
Inyecciones epidurales	_____	_____
Tratamientos quiropracticos	_____	_____
Biofeedback / hipnosis	_____	_____
Traccion espinal	_____	_____
Otros	_____	_____

**HISTORIAL MEDICO**

**ALLERGIAS** mencione todas las alergias a medicamentos o comidas y que reaccion tuvo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**MEDICAMENTOS:** Escriba todos los medicamentos que este tomando incluyendo vitaminas y pastillas recetadas y no recetadas. Indique la cantidad que usualmente utiliza en un dia o semana

Nombre	Dosis	Cada cuando
_____		
_____		
_____		
_____		
_____		
_____		

Escriba los medicamentos que ha tratado en el pasado para el dolor: \_\_\_\_\_

Ha sido hospitalizado por este problema? \_\_\_\_ Si \_\_\_\_ No

Cuando, donde y por que? \_\_\_\_\_

Actualmente esta tomando alguna de las siguiente medicinas: ( Si / No)

- Aspirina \_\_\_\_\_
- Anticoagulantes \_\_\_\_\_
- Anticonceptivos \_\_\_\_\_
- Pastillas para adelgazar \_\_\_\_\_
- Esteroides \_\_\_\_\_

Alguien en su familia tienen o han tenido alguna de las siguientes enfermedades (Padre, Madre o Abuelos) Si o No

- |                      |       |                          |       |
|----------------------|-------|--------------------------|-------|
| Cancer               | _____ | Problemas pulmonares     | _____ |
| Alta Presion         | _____ | Problemas de riñon       | _____ |
| Problemas de corazon | _____ | Problemas de higado      | _____ |
| Diabetes             | _____ | Problemas de coagulacion | _____ |
| Anemia               | _____ | Problemas vasculares     | _____ |
| Otros:               | _____ |                          |       |

Cirugias

Año	Cirugia	Razon/ Doctor / Hospital
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Ha tenido o tiene alguno de los siguientes problemas: Si/No

**CONSTITUCIONAL**

- \_\_\_\_\_ Cambio de peso
- \_\_\_\_\_ Fatiga
- \_\_\_\_\_ Dolor de cabeza
- \_\_\_\_\_ Mareos

**VISION**

- \_\_\_\_\_ Glaucoma
- \_\_\_\_\_ Vision doble
- \_\_\_\_\_ Problemas de vision

**OIDOS, NARIZ Y**

- GARGANTA**
- \_\_\_\_\_ Problemas de audicion
  - \_\_\_\_\_ Pillido en los oidos
  - \_\_\_\_\_ Dolor de oidos
  - \_\_\_\_\_ Sinusitis
  - \_\_\_\_\_ Problemas para tragar
  - \_\_\_\_\_ Problemas de voz

**CARDIOVASCULAR**

- \_\_\_\_\_ Palpitaciones/ soplo
- \_\_\_\_\_ Mala circulacion
- \_\_\_\_\_ Varices
- \_\_\_\_\_ Dolor de pecho
- \_\_\_\_\_ Dolor o hinchazon de pies o piernas

**RESPIRATORIO**

- \_\_\_\_\_ Tos

- \_\_\_\_\_ Falta de respiracion

- \_\_\_\_\_ Pillido
- \_\_\_\_\_ Bronquitis
- \_\_\_\_\_ Asthma

**GASTROINTESTINAL**

- \_\_\_\_\_ Acidez estomacal
- \_\_\_\_\_ Vomito de sangre
- \_\_\_\_\_ Ulceras
- \_\_\_\_\_ Sangrado rectal
- \_\_\_\_\_ Heces negras
- \_\_\_\_\_ Constipacion
- \_\_\_\_\_ Diarrea
- \_\_\_\_\_ Hepatitis/ ictericia

**GENITOURINARIO**

- \_\_\_\_\_ Despierta en la noche a urinar?
- \_\_\_\_\_ Incontinencia urinaria
- \_\_\_\_\_ Dolor al urinar
- \_\_\_\_\_ Infecciones urinarias
- \_\_\_\_\_ Secreciones por el pene
- \_\_\_\_\_ Secreciones vaginales

**PIEL**

- \_\_\_\_\_ Irritaciones de piel
- \_\_\_\_\_ Cambio de color de piel
- \_\_\_\_\_ Cambios en el pelo/ uñas

- \_\_\_\_\_ Tumores en el pecho

**HEMATOLOGICO**

- \_\_\_\_\_ Anemia
- \_\_\_\_\_ Sangrado facil o moretones

**NEUROLOGICO**

- \_\_\_\_\_ Hormigamiento
- \_\_\_\_\_ Desmayos
- \_\_\_\_\_ Epilepsia
- \_\_\_\_\_ Paralisis

**ENDOCRINOLOGICO**

- \_\_\_\_\_ Impotencia
- \_\_\_\_\_ Intolerancia al calor/ frio
- \_\_\_\_\_ Urinacion frecuente
- \_\_\_\_\_ Sed excesiva

**PSIQUIATRICO**

- \_\_\_\_\_ Depresion
- \_\_\_\_\_ Ansiedad

Estudios Radiologicos: si ha tenido algun estudio radiologico indique el año y el resultado si lo sabe:

Rayos-X / MRI / CT	Año	Resultado
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

\_\_\_\_\_

Firma del paciente

\_\_\_\_\_

Fecha

Revisado con el paciente: \_\_\_\_\_

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