



Regenerative Medicine

En Medical Spa & Wellness Center estamos interesados en su dolor, favor de llenar el cuestionario y traerlo con usted para la primera cita.

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_.

Médico Primario:

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Médico que refiere (si es otro):

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

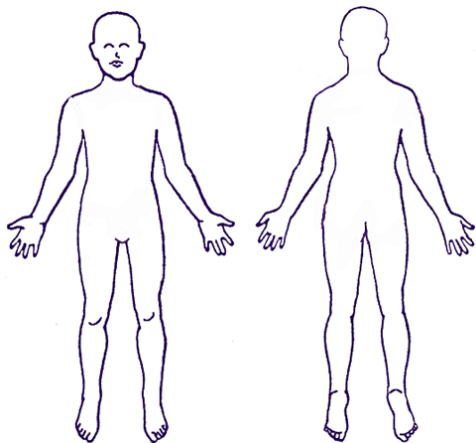
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

1. ¿Dónde es tu dolor? \_\_\_\_\_

Favor de usar el diagrama para indicar las areas de mayor dolor. Puedes marcar las areas de mayor dolor mas oscuras y las de menor dolor mas claras.



2. ¿ Cuándo tu dolor comenzó? Fecha \_\_\_\_\_

3. ¿Cómo comenzó tu dolor? (Accidente de carro, caída, relacionado al trabajo, condición médica) \_\_\_\_\_

4. Favor de circular el nivel de dolor en una escala de 0 (NO DOLOR) al 10 (PEOR DOLOR IMAGINABLE)

Actual Nivel de Dolor:

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10  
(No Dolor) (Peor Dolor  
Imaginable)

Peor Nivel de Dolor que ha tenido:

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10  
(No Dolor) (Peor Dolor  
Imaginable)

Menor Nivel de Dolor que ha tenido:

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10  
(No Dolor) (Peor Dolor  
Imaginable)

Usando la misma escala, ¿cuál sería un nivel de dolor ACEPTABLE para usted?

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10  
(No Dolor) (Peor Dolor  
Imaginable)

5. ¿Cuán frecuente usted tiene Dolor? (circule)

Constante

Intermitente

6. Describe tu Dolor. Intenso, desgarrador, punzante, quemante...

7. ¿Cómo estas actividades influyen en tu dolor? Marca las necesarias

Actividad	Empeora	Alivia	No hay diferencia	Comentario
Ejercicio				
Caminar				
Masaje				
Sentarse				
Pararse				
Tocar el área				
Calor				
Frío				
Clima				
Luz brillante				

Comer				
Alcohol				
Estrés				
Orinar				
Evacuación				
Ruido				
Gente				
Música				
Dormir				
Actividad sexual				
Ciclo menstrual				
Medicamentos				
Voltearse en la cama				
Escaleras				
Otros				

8. ¿Haz tenido alguno de estos síntomas? (Circula)

Adormecimiento                      Hormigueo                      Debilidad                      Frío                      Espasmos

9. Al momento, ¿estás trabajando?              SI                      NO                      Retirado(a)

Describe tu trabajo: \_\_\_\_\_

10. Si no estás trabajando, ¿haz dejado de trabajar por el dolor?              SI                      NO

11. Si no estás trabajando, ¿qué tipo de trabajo hacías \_\_\_\_\_

12. ¿Estás siendo tratado bajo el Fondo De Seguro Del Estado?              SI                      NO

13. ¿Estás aplicando o recibiendo algún beneficio por incapacidad?              SI                      NO

14. ¿Alguna de éstas areas han sido afectadas por tu dolor? (Circula las que apliquen)

Dormir	Apetitio	Trabajo
Finanzas	Actividad Física	Relaciones personales
Uso de Alcohol	Uso de Drogas	Emocional
Concentración	Otras, _____	

15. Medicamentos usados en el pasado \_\_\_\_\_

16. ¿Cómo describes el uso de tus medicamentos para el Dolor? (Circula UNO)

Aumentando	Aumentando levemente	Igual
Disminuyendo	Disminuyendo levemente	No aplica

17. ¿Estás envuelto en alguna acción legal relacionada a tu problema de dolor o lo estás considerando llevar a cabo en el futuro? SI NO

---

19. Favor de circular las condiciones que padeces o haz padecido en el pasado:

Diabetes	Artritis	Cáncer
Úlcera en estómago	Infarto del corazón	Riñón
Problemas respiratorios (Asma, COPD)	Sangrado	Convulsiones
Problemas infecciosos	Problemas de origen nervioso	Presión Alta
Otros _____		

20. Favor de listar todas sus ALERGIAS: \_\_\_\_\_

21. Favor de marcar los tratamiento que has usado en el pasado para el dolor e indica si han sido beneficiosos o no.

Tratamiento	Beneficioso	No Beneficioso	Comentario
Cirugía			
Bloqueo de nervio			
Inyección de esteroides			
Acupuntura			
“Trigger Point Injecition”			
TENS			
Calor			
Frío			
Técnica de retroalimentación			
Hipnosis			
Relajación			
Consejería			
Terapia Física			
Tracción			
Quiropráctico			
Terapia Ocupacional			
Otro			

22. Enumera todas las hospitalizaciones y cirugías pasadas.

Fecha	Razón de hospitalización	Médico	Lugar

23. ¿Cuales estudios te haz hecho en el pasado?

Estudio	Fecha	Lugar
Rayos X		
CT Scan		
MRI		
Laboratorios		
EMG		
Mielograma		
Otros		

24. Enumera todos los medicamentos actuales

Medicamento	Dosis (mg)	Total de dosis diaria	¿Son efectivas?	Médico que receta

25. Estado civil:

Soltero(a)      Casado(a)      Divorciado      Separado  
 Viudo(a)      Conviviendo

26. ¿Es usted fumador?

SI      NO  
 ¿Cuántas cajas al día fumas? \_\_\_\_\_

27. ¿Ingieres bebidas alcohólicas?

SI NO  
¿Cuánto y cuán frecuente bebes? \_\_\_\_\_

28. ¿Usas drogas?

SI NO  
Describe, \_\_\_\_\_

29. Alguna vez (incluyendo el pasado), ¿haz tenido un problema con drogas o el abuso de alcohol? SI NO

Describe, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

30. ¿Cuál es el nivel más alto de educación que hayas recibido?

\_\_\_\_\_

31. Escribe los nombres de las personas que viven contigo y sus edades

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

32. ¿Qué enfermedades padecen tus familiares? \_\_\_\_\_

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

33. ¿Haz sido atendido por otro especialista en Manejo de Dolor? SI NO  
¿Dónde? \_\_\_\_\_

34. ¿Estás preocupado por la cantidad de medicamentos para el dolor que tomas?

SI NO

35. Favor de proveer alguna otra información referente a tu dolor: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

36. ¿Ha padecido usted de alguna condición? Marque SI o NO

SI	NO	Visión borrosa
SI	NO	Glaucoma
SI	NO	Zumbido en los oídos
SI	NO	Apretar la mordida
SI	NO	Presión o Dolor de pecho
SI	NO	Dormir sentado para poder respirar
SI	NO	Dificulta para respirar
SI	NO	Efisema o Asma
SI	NO	Dolor abdominal
SI	NO	Ulceras en el estómago o gastritis
SI	NO	Frecuencia en la evacuación

SI	NO	Colon Irritable
SI	NO	Sangre en la escreta
SI	NO	Dolor pélvico
SI	NO	Frecuencia urinaria
SI	NO	Problema para orinar
SI	NO	Convulsiones
SI	NO	Dolor de cabeza frecuente
SI	NO	Episodios de desmayos
SI	NO	Fiebres inexplicables
SI	NO	Fatiga excesiva
SI	NO	Dificultad para dormir o quedarse dormido
SI	NO	Erupción (rash)
SI	NO	Artritis reumatoidea, lupus, escleroderma
SI	NO	Diabetes
SI	NO	Problemas de tiroide
SI	NO	Depresión
SI	NO	Ansiedad

37. Enumera las personas a las que has consultado:

<b>Especialista</b>	<b>Nombre</b>	<b>Dirección</b>	<b>Teléfono</b>
<b>Acupunturista</b>			
<b>Alergista</b>			
<b>Anestesiólogo</b>			
<b>Cardiólogo</b>			
<b>Quiropráctico</b>			
<b>Dentista</b>			
<b>Dermatólogo</b>			
<b>ENT</b>			
<b>Endocrinólogo</b>			
<b>Curandero</b>			
<b>Hipnotizador</b>			
<b>Médico Internista</b>			
<b>Neurólogo</b>			

<b>Especialista</b>	<b>Nombre</b>	<b>Dirección</b>	<b>Teléfono</b>
<b>OB-GYN</b>			
<b>Oncólogo</b>			
<b>Oftalmólogo</b>			
<b>Ortopeda</b>			
<b>Cirujano Plástico</b>			
<b>Proctólogo</b>			
<b>Psiquiatra</b>			
<b>Psicólogo</b>			
<b>Radio-Oncólogo</b>			
<b>Reumatólogo</b>			
<b>Cirujano</b>			