

Nombre del paciente: _____

Número de cuenta: _____

¿Toma algún medicamento? Haga clic aquí si lo adjunta: Adjunto Listar (puede usar el reverso):

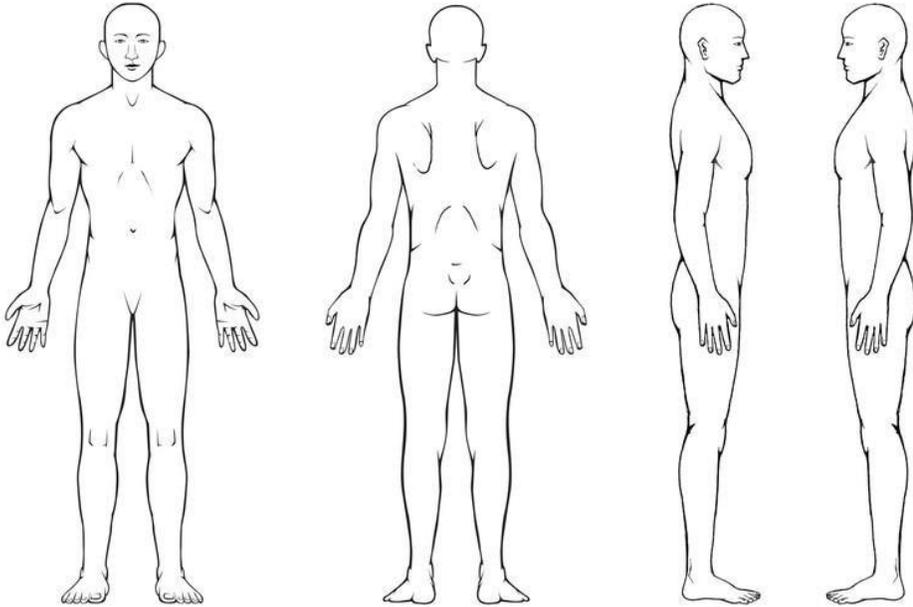
Para ayudarnos a entender sus síntomas, marque todas las opciones que correspondan.

El dolor es peor: por la mañana / durante el día / por la noche / constante / durante la actividad / durante el descanso /

En una escala de 0 a 10, (en la que "0" significa que no siente dolor y "10", un dolor intolerable que requiere hospitalización), clasifique su dolor en el mejor de los casos _____ y en el peor de los casos _____.

Diagrama del dolor

Usando la clave provista, dibuje el símbolo que represente su dolor sobre el área del cuerpo que se refiera a su estado actual.



Clave

↑ o ↓ Dolor irradiado XXX Espasmo ZZZ Sensibilidad	//// Entumecimiento y hormigueo 000 Dolores y molestias
----------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------

¿Hay otra información relativa a su historia clínica que deberíamos conocer? _____

¿Cuál es su meta para la terapia en este momento? _____

Firma del paciente o tutor (si el paciente es un menor): _____ Fecha: _____