

Harrington

PHYSICIAN SERVICES

Total Local Care

WWW.HARRINGTONHOSPITAL.ORG

HPS SPECIALTY SERVICES
94 SOUTH STREET
SOUTHBRIDGE, MA 01550

Cuestionario para Pacientes Nuevos

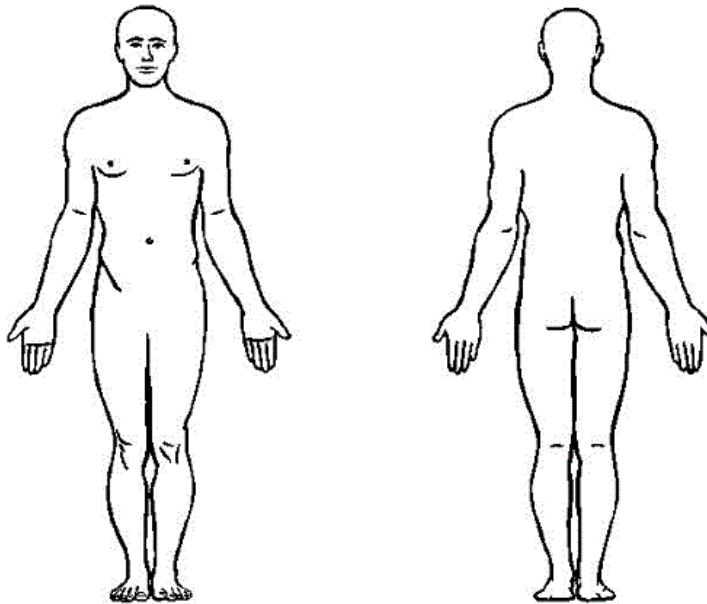
Su nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Médico que lo Refiere: _____ Médico de Cabecera: _____

Motivo principal de la consulta (Zona del dolor): _____

¿Se irradia el dolor? ¿Dónde? _____

Use este diagrama para indicar el área de su dolor.



¿Dónde comenzó este dolor? _____

¿Qué lo causó? _____

Desde que comenzó el dolor, ¿cambió? Mejoró Empeoró Se mantuvo igual

Marque todas las características siguientes que describan su dolor:

- Leve/Constante Calor/Ardor Pinchazo Punzante/Agudo Tipo cólico Entumecimiento
 Espasmo Pulsante Constrictivo Inteso/Escozor Rigidez

Otro: _____

¿Cuándo está el dolor en su peor momento?

- En la mañana Durante el día En la tarde En mitad de la noche Siempre igual

¿Con qué frecuencia ocurre el dolor?

- Constante Cambia en gravedad pero está siempre presente Viene y se va

Si "0" es sin dolor y "10" es el peor dolor que usted pueda imaginar, ¿cómo calificaría su dolor?

Ahora Mismo _____ En sus mejores días _____ En sus peores días _____

Indique el efecto que cada una de las siguientes actividades tiene sobre su nivel de dolor (aumenta, disminuye, sin diferencia)

	Sin cambios	Mejora el dolor	Empeora el dolor
Al inclinarse hacia atrás			
Al inclinarse hacia adelante			
Cambia con el tiempo			
Al subir escaleras			
Al toser/estornudar			
Al conducir			
Al levantar objetos			
Al inclinar la cabeza hacia arriba			
Al inclinar la cabeza hacia abajo			
Al levantarse de la silla			
Al sentarse			
Al pararse			
Al caminar			

¿Cualquier otro factor no mencionado anteriormente empeora o afecta su dolor?

¿Cómo controla sus picos de dolor? ¿Qué ayuda?

Rodee con un círculo cualquier síntoma asociado:

Entumecimiento/Cosquilleo ¿Dónde? _____

Debilidad en el brazo/pierna Problemas de equilibrio Pérdida del control urinario

Incontinencia intestinal Inflamación/Rigidez articular

Califique cómo su dolor ha interferido con las siguientes actividades (en una escala 0 a 10 en la que 0= no interfiere, 10= interfiere por completo):

Actividad general _____ Humor _____ Habilidad para Caminar _____ Sueño _____

Trabajo fuera del hogar _____ Relaciones _____ Trabajo dentro del hogar _____

Disfrute de la vida _____ Relaciones sexuales _____

¿Hay cosas que desearía poder hacer, si solo se sintiera mejor? Enumere cualquier objetivo, grande o mínimo, con el que le gustaría trabajar:

Marque los siguientes médicos o especialistas a los que haya consultado por sus problemas de dolor actuales:

- Acupunturista Neurocirujano Psiquiatra/Psicólogo Quiropráctico
 Cirujano ortopédico Reumatólogo Médico clínico Fisioterapeuta Neurólogo
 Otro (ejemplos: nutricionista, dietista, hipnotizador, grupos de apoyo, etc.)

Marque todos los tratamientos siguientes que haya usado para el alivio del dolor:

	Sin cambios	Mejóro el dolor	Empeoró el dolor
Cirugía de columna u otra cirugía			
Fisioterapia			
Manipulación osteopática			
Atención quiropráctica			
Terapia psicológica			
Uso de un aparato ortopédico			
Acupuntura			
Calor/hielo			
Terapia de masajes			
Medicamentos			
Unidades de electroestimulación			

nerviosa transcutánea			
Otros (especificar a continuación)			

Marque todos los tratamientos intervencionistas del dolor siguientes que haya usado para el alivio del dolor:

	Sin cambios	Mejóro el dolor	Empeoró el dolor
Inyecciones epidurales con esteroides			
Inyecciones en las articulaciones			
Bloqueos de la rama medial/Inyecciones en las facetas articulares			
Bloqueos nerviosos (¿tipo?)			
Ablación nerviosa por radiofrecuencia			
Estimulación de la columna vertebral			
Inyecciones en puntos reflexógenos			
Vertebroplastia/cifoplastia			
Bloqueos de los nervios intercostales			
Otro			

Marque los calmantes que ha usado para tratar su dolor actualmente o en el pasado e indique si el medicamento fue útil o no y las dosis que tomó.

Nombre genérico del medicamento (MARCA)

Opioides

1. tramadol (ULTRAM, ULTRAM ER)
2. tapentadol (NUCYNTA)
3. hidrocodona (VICODIN, NORCO)
4. oxicodona (PERCOCET, ROXICET)
5. meperidina (DEMEROL)
6. hidromorfona (DILAUDID)
7. morfina IR (MSIR)
8. fentanilo (ACTIQ, FENTORA)
9. codeína (TYLENOL #3, #4)
10. oxicodona (OXYCONTIN)
11. morfina (MS CONTIN, KADIAN, AVINZA, ORAMORPH)
12. metadona (DOLOPHINE)
13. parche de fentanilo (DURAGESIC)
14. oximorfona (OPANA ER)
15. levorfanol (LEVODROMORAN)
16. buprenorfina (BUTRANS)
17. buprenorfina/naloxona (SUBOXONE)

Anticonvulsivos

1. gabapentina (NEURONTIN)
2. pregabalina (LYRICA)

3. carbamazepina (TEGRETOL)
4. topiramato (TOPAMAX)
5. levetiracetam (KEPPRA)
6. oxcarbazepina (TRILEPTAL)

Benzodiazepinas

1. diazepam (VALIUM)
2. alprazolam (XANAX)
3. lorazepam (ATIVAN)
4. clonazepam (KLONOPIN)
5. clordiaxepóxudo (LIBRIUM)

Relajante Muscular

1. ciclobenzaprina (FLEXERIL)
2. carisoprodol (SOMA)
3. metaxalona (SKELAXIN)
4. metocarbamol (ROBAXIN)
5. tizanidina (ZANAFLEX)
6. orfenadrina (NORFLEX)
7. baclofeno

Antidepresivos

1. amitriptilina (ELAVIL)
2. nortriptilina (PAMELOR)
3. desipramina (NORPRAMIN)
4. imipramina (TOFRANIL)
5. doxepina
6. trazodona

Inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina

1. duloxetina (CYMBALTA)
2. venlafaxina (EFFEXOR)
3. milnaciprán (SAVELLA)

Medicamentos Tópicos

1. Parche Lidoderm
2. Parche Flector/Pennsaid
3. Cremas tópicas

Migraña

1. ergotamina (CAFERGOT, DHE45)
2. MIDRIN
3. naratriptán (AMERGE)
4. frovatriptán (FROVA)
5. sumatriptán (IMITREX)
6. rizatriptán (MAXALT)
7. FIORICET

Somníferos

1. difenhidramina (NYTOL, BENADRYL, SOMINEX)
2. temazepam (RESTORIL)
3. triazolam (HALCION)
4. zaleplón (SONATA)
5. zolpidem (AMBIEN)
6. ramelteón (ROZEREM)
7. Somníferos sin receta: _____

Estimulantes

1. modafinilo (PROVIGIL)
2. anfetamina (ADDERALL)
3. metilfenidato (RITALIN, CONCERTA)
4. atroxetina (STRATTERA)

Medicamentos Atípicos

1. olanzapina (ZYPREXA)
2. haloperidol (HALDOL)
3. ziprasidona (GEODON)

Antiinflamatorios

1. ibuprofeno (MOTRIN)
2. naproxeno (ALEVE, NAPROSYN, ANAPROX)
3. meloxicam (MOBIC)
4. nabumetona
5. celecoxib (CELEBREX)
6. diclofenac
7. aspirina
8. Otro: _____

Marque todas las pruebas siguientes que se haya realizado en relación con sus quejas de dolor actual:

- Resonancia magnética de: _____ Fecha: _____
- Radiografías de: _____ Fecha: _____
- Tomografías computadas de: _____ Fecha: _____
- Electromiografías y estudios de velocidad de conducción nerviosa (EMG/VCN) de: _____
 _____ Fecha: _____

Rodee con un círculo las siguientes afecciones/enfermedades por las que ha sido tratado en el pasado:

Musculoesqueléticas/Reumatológicas

Bursitis	Túnel carpiano	Fibromialgia	Osteoartritis	Osteoporosis
Artritis reumatoide	Dolor articular crónico	Enfermedad de Lyme	Otras:	

Enfermedades Respiratorias

Asma	Bronquitis/Neumonía	Enfisema	Enfermedades Pulmonares Obstructivas Crónicas (EPOC)	Apnea del sueño
------	---------------------	----------	--	-----------------

Enfermedades Otorrinolaringológicas/Neurológicas

Dolores de cabeza	Migrañas	Trauma craneal	Glaucoma	Convulsiones
Ataques cerebrales	Esclerosis múltiples	Neuropatía	Otras:	

Psiquiatría

Depresión	Ansiedad	Esquizofrenia	Trastorno bipolar	Otras:
-----------	----------	---------------	-------------------	--------

Enfermedades urológicas

Enfermedad renal crónica	Cálculos renales	Incontinencia urinaria	Diálisis	Otras
--------------------------	------------------	------------------------	----------	-------

Gastrointestinales

Reflujo ácido	Sangrado gastrointestinal	Úlceras estomacales	Estreñimiento	Hepatitis
Cirrosis	Enfermedad hepática	Otras:		

Cardiovasculares/hematológicas

Anemia	Ataque cardíaco	Enfermedad de la arteria coronaria	Hipertensión	Enfermedad vascular periférica
Trastorno de la válvula cardíaca	Coágulos sanguíneos	Trastornos hemorrágicos	Colesterol alto	Otras:

Enfermedades Médicas Generales

Diabetes	Hipotiroidismo	Hipertiroidismo	Cáncer	VIH
Otras:				

¿Está actualmente embarazada o tratando de quedar embarazada? _____

Fecha de la última menstruación _____ Método anticonceptivo, si corresponde _____

ANTECEDENTES DEL SUEÑO

¿Ronca? _____

¿Se siente extremadamente cansado/a durante el día? _____

¿Le dijeron que deja de respirar o respira entrecortado al dormir? _____

¿Tiene antecedentes de hipertensión? _____

¿Mide su cuello > 17 pulg. (hombre) o > 16 pulg. (mujer)? _____

¿Qué probabilidad hay de que usted cabecee o se quede dormido en las siguientes situaciones, a diferencia de sentirse solo cansado/a? Esto hace referencia a su forma habitual de vida últimamente. Incluso si no ha hecho alguna de estas cosas recientemente, trate de deducir cómo lo/a afectarían. Use la siguiente escala para elegir el número más adecuado para cada situación:

0 - Ninguna posibilidad de quedarme dormido/a
2 - Moderada posibilidad de quedarme dormido/a

1 - Leve posibilidad de quedarme dormido/a
4 - Alta posibilidad de quedarme dormido/a

Situación	Posibilidad de quedarse dormido/a
Sentado y leyendo	
Mirando TV	
Sentado/a inactivo en un lugar público (ej., una reunión)	
Pasajero en un automóvil durante una hora sin un descanso	
Acostado/a para descansar a la tarde	
Sentado/a y hablando con alguien	
Sentado/a tranquilo/a después del almuerzo sin haber consumido alcohol	

Enumere cualquier procedimiento quirúrgico al que se haya sometido en el pasado y su fecha:

- 1) _____ ¿Fecha? _____
- 2) _____ ¿Fecha? _____
- 3) _____ ¿Fecha? _____
- 4) _____ ¿Fecha? _____
- 5) _____ ¿Fecha? _____

¿Actualmente toma algún diluyente de la sangre o anticoagulante? Sí No

En caso afirmativo, ¿cuáles? Aspirina Plavix Coumadin Lovenox Otro _____

Enumere TODOS los medicamentos que actualmente está tomando, incluidas vitaminas. Adjunte una hoja adicional si es necesario:

Nombre del medicamento	Dosis	Frecuencia
1) _____	_____	_____
2) _____	_____	_____
3) _____	_____	_____
4) _____	_____	_____
5) _____	_____	_____
6) _____	_____	_____
7) _____	_____	_____
8) _____	_____	_____
9) _____	_____	_____
10) _____	_____	_____

Enumere todas las alergias a los medicamentos:

Nombre del medicamento	Reacción alérgica
1) _____	_____
2) _____	_____
3) _____	_____
4) _____	_____
5) _____	_____

Alergias tóxicas: Látex Yodo Cinta adhesiva Contraste intravenoso

Marque todos los diagnósticos adecuados que pertenezcan a sus familiares de primer grado:

Artritis Cáncer Diabetes Dolores de cabeza/Migrañas Hipertensión Problemas renales

Problemas hepáticos Osteoporosis Artritis reumatoidea Convulsiones

Ataques cerebrales/Convulsiones Trastornos hemorrágicos

Otros problemas médicos familiares:

Consumo de drogas ilegales:

Nunca Actualmente Consumió anteriormente drogas ilegales (no consume actualmente)

¿Alguna vez abusó de medicamentos recetados? Sí No

Marque los siguientes síntomas que experimente actualmente:

Generales: Escalofríos Dificultad para dormir Propensión a hematomas Sudoraciones nocturnas

Fatiga Fiebre Insomnio Falta de deseo sexual Temblores Aumento de peso inexplicable

Debilidad Pérdida de peso inexplicable

Ojos: Cambios visuales recientes

Orejas/Nariz/Garganta /Cuello: Problemas dentales Dolor de oídos Problemas de audición

Sangrados nasales Problemas de sinusitis

Cardiovasculares: Dolor de pecho Propensión a hematomas Coágulos sanguíneos Desmayos

Palpitaciones Inflamación de los pies Disnea al dormir

Respiratorios: Tos Estornudos Falta de aire

Gastrointestinales: Estreñimiento Reflujo ácido Espasmos abdominales Diarrea

Náuseas/Vómitos Hernia

Musculoesqueléticos: Dolor de espalda Dolores articulares Rigidez articular Inflamación articular

Espasmos musculares Dolor de cuello

Genitourinarios/Nefrológicos: Dolor lateral Sangre en orina Dolor al orinar

Menor flujo/frecuencia/volumen de la orina

Neurológicos Mareo Dolores de cabeza Entumecimiento/Hormigueo Convulsiones

Psiquiátricos: Estado depresivo Ansiedad Problemas de estrés Pensamientos suicidas

Planificación suicida Pensamientos de daño a otras personas