

Historial Médico

Fecha de la visita: _____

Nombre del paciente: _____ Peso: _____ Altura: _____

Cuál es la razón de su visita: _____

Cuál es el nivel de su dolor medido en escala de 0 a 10: **0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**Es el dolor causado por una lesión: **Sí** ___ **No** ___

Si es así, cuando recibió la lesión: _____

Por favor describa en donde está localizado su dolor: _____

Es su dolor: **Agudo** ___ **No tan fuerte** ___ **Con ardor** ___ **Muy fuerte** ___ **Como con punzadas** ___**Con palpitaciones** ___ **Con entumecimiento** ___ **Como con zumbido** ___Cuando comenzó su dolor: _____ Empezó repentinamente: **Sí** ___ **No** ___ Con quéfrecuencia tiene dolor: **Constantemente** ___ **Con frecuencia** ___ **Intermitentemente** ___ **De vez en****cuando** ___ **Raramente** ___ **Mayor durante el día** ___ **Mayor durante la noche** ___Que tan severo es su dolor: **No muy fuerte** ___ **Moderado** ___ **Fuerte** ___Ha mejorado su dolor: **Un poco** ___ **No ha cambiado** ___ **Ha empeorado** ___

Qué empeora su dolor: _____ Qué alivia su dolor: _____

En que actividades le afecta y/o previene el dolor: _____

Qué exámenes se le han hecho con respecto a su dolor: _____

Qué tratamiento(s) ha recibido para aliviar su dolor: (Medicaciones, inyecciones, terapia, otros) _____

Por favor enumere todos los problemas de salud que usted tiene: _____

Enumere cualquier cirugía: _____

Por favor detalle el historial médico de su familia: _____

Trabaja actualmente: **Sí** ___ **No** ___ Si así es, cuál es su ocupación: _____Si no trabaja, explique por qué: **Retirado/Jubilado** ___ **Estudiante** ___ **Incapacitado** ___

Esta buscando ayuda por su discapacidad: _____

Fuma usted: **Sí** ___ **No** ___ Si así es, hace cuánto tiempo y cuánto al día: _____Bebe alcohol: **Sí** ___ **No** ___ Si así es, que tan a menudo: _____Ha usado alguna vez alguna droga ilegal: **Sí** ___ **No** ___ Si así es, explique: _____

Ha tenido usted o su familia problemas de adicción: _____

Por favor enumerar todas las medicaciones que usted está tomando actualmente: _____

Haga un lista de cualquier alergia que sufra: _____

Repaso de los síntomas

(Por favor encierre en un círculo todo lo que corresponda)

Constitución & General	Ojos	Oídos/Nariz/Garganta	Piel
Escalofríos	Dolor en los ojos	Dificultad al tragar	Alergia/Erupción
Fiebre	Lagrimeo de los ojos	Sangrado nasal	Cambios en la piel
Pérdida de peso	Pérdida de vista	Pérdida de oído	Lesiones/cortadas
Fatiga	Cambios en la visión	Hinchazón del cuello	Picazón
Dificultad para dormir	-	Vértigo	Sudor excesivo
Debilidad	-		

Cardiovascular	Respiratorio	Gastrointestinal	Psiquiátrico
Dolor en el pecho	Tos	Náusea	Depresión
Palpitaciones	Dificultad al respirar	Vomito	Ansiedad
Dolor en piernas al caminar	Tos con sangre	Diarrea	Ataques de pánico
Hinchazón	-	Estreñimiento	Pensamientos suicidas
		Dolor abdominal	Consideraciones suicidas
			Abuso de sustancias/drogas
			Insomnio
			Inhabilidad de concentrarse

Musculo esquelético		Neurológico
Dolor de cuello	Dolor en los codos	Dolores de cabeza
Dolor de espalda	Dolor en las muñecas	Debilidad
Dolor muscular	Dolor en las manos	Entumecimiento
Dolor en las coyunturas	Dolor en las caderas	Confusión
Hinchazón en las coyunturas	Dolor en las piernas	Pérdida de memoria
Enrojecimiento en las coyunturas	Dolor de rodillas	Ataque epiléptico
Coyunturas que se desalinean	Dolor de pies	Caminado anormal
Dolor en los hombros	Dolor en los tobillos	Dolor que pasa a brazos y piernas
Dolor de brazos	-	Halo o aura