

Formulario de evaluación del dolor: pacientes de seguimiento

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

Dón de está tu dolor (como cuello, espalda baja, rodilla, etc.)? _____

Recuerda algún accidente o lesión específica que le provocó el dolor? _____

Hace cuánto comenzó su dolor? _____ Su dolor es constante o intermitente? _____

Qué empeora el dolor? _____

Qué mejora el dolor? _____

Qué palabras describen mejor tu dolor? (encierre en un círculo todas las que correspondan):

Dolor Rígido Afilado Tedioso Disparo Apuñalamiento Calambres
Hormigueo Quemadura Entumecido Se siente "dormido" Eléctrico Lancinante Tierno

Con qué interfiere tu dolor? (encierre en un círculo todas las que correspondan):

Dormir Vestirse Usar el baño Cocinar Limpiar Ir de compras Pasatiempos Trabajar

<p><i>Solo complete esta sección si tiene dolor de CUELLO:</i></p> <p>En qué brazo baja el dolor? _____</p> <p>Si es así, cómo describirías este dolor? (encierre en un círculo todas las que correspondan): Hormigueo Ardiente Entumecido Se siente "dormido" Debilidad disparo lancinante eléctrico Alguna vez le hicieron una radiografía, una resonancia magnética o una tomografía computarizada del cuello? _____ Si es así, cuándo y dónde _____ Alguna vez se sometió a una cirugía de cuello? _____ La última vez que recibió fisioterapia para el dolor de cuello? _____</p>	<p><i>Solo complete esta sección si tiene dolor de ESPALDA:</i></p> <p>A qué pierna baja el dolor? _____</p> <p>Si es así, cómo describirías este dolor? (encierre en un círculo todas las que correspondan): Hormigueo Ardiente Entumecido Se siente "dormido" Debilidad disparo lancinante eléctrico Alguna vez le hicieron una radiografía, una resonancia magnética o una tomografía computarizada de la espalda? _____ Si es así, cuándo y dónde _____ Alguna vez se ha sometido a una cirugía de espalda? _____ La última vez que recibió fisioterapia para el dolor de espalda? _____</p>
--	--

Solo complete esta sección si tiene Dolor de rodilla (encierre en un círculo todas las que correspondan):

Sacudidas Rigidez Cambios de temperatura (un lado cálido / uno frío) Cambios de color (rojo / azul / blanco) Hinchazón
Cabello (más grueso o más oscuro) Piel (seca, descolorida) Cosas que antes no dolían, ahora duelen (es decir: tacto, mvmt, presión)
Ha tenido una cirugía de rodilla? _____ Ha recibido fisioterapia para el dolor de rodilla? _____

Que medicación(s) toma actualmente para el dolor y con qué frecuencia? _____

Qué hace este medicamento(s) permitirle hacer lo que no podría hacer de otra manera? _____

Tiene algún efecto secundario con sus analgésicos actuales (como estreñimiento o náuseas)? _____

Toma anticoagulantes? De ser así, ¿cuáles? _____

Ha visto alguna vez a un especialista en manejo del dolor (nombre)? _____

La última vez que tuvo una inyección o procedimiento para el dolor (cuándo y dónde)? _____

Desde su última visita al consultorio, cambie sus medicamentos; ¿ha sido hospitalizado? ha tenido una cirugía; Ha cambiado tu historia familiar? En caso afirmativo, por favor especifique: _____

Ha tomado alguno de estos medicamentos recientemente para su dolor (encierre en un círculo todas las que correspondan):

Acetaminofén (Tylenol)	Ibuprofen (Advil, Midol, Motrin, Duexis)	Naproxen (Aleve, Vimovo)	Meloxicam (mobic)
Celecoxib (Celebrex)	Diclofenac (Voltaren, Flector, Pennsaid)	Amitriptyline (elavil)	
Gabapentin (Neurontin)	Pregabalin (Lyrica)	Duloxetine (Cymbalta)	Carisoprodol (Soma)
Cyclobenzaprine (Flexeril)	Metocarbamol (Robaxin)	Tizanidine (Zanaflex)	Baclofen Lidoderm

Revisión de sistemas (marque con un círculo todo lo que corresponda)

Constitucional: fatiga, aumento de peso, pérdida de peso

EENT: Sequedad de boca

Cardiovascular: dolor de pecho, hinchazón de piernas

Respiratorio: dificultad para respirar, sibilancias, ronquidos

Gastrointestinal: náuseas, vómitos, acidez, vómitos con sangre, heces con sangre, heces negras, estreñimiento, diarrea

Genitourinario: dificultad para orinar, incontinencia urinaria

Musculoesquelético: dolor de cuello, dolor de espalda, dolor en las articulaciones, hinchazón de las articulaciones

Tegumentario: Erupción

Neurológico: dolor de cabeza, mareos, convulsiones, debilidad, entumecimiento, pensamientos nublados, somnolencia diurna

Psiquiátrico: ansiedad frecuente, estado de ánimo deprimido, pensamientos de hacerse daño

Endocrino: sed excesiva, micción frecuente

Hematológico / linfático: sangrado excesivo por cortes menores, hematomas excesivos

Alérgico / inmunológico: reacción alérgica reciente

Cuestionario de seguimiento para pacientes

¿Qué número describe mejor su dolor en promedio durante la última semana?

Sin dolor												Dolor tan fuerte como puedas imaginar
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

¿Qué número describe mejor cómo, durante la semana pasada, el dolor ha interferido con su disfrute de la vida?

Sin interferencia												Interfiere completamente
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

¿Qué número describe mejor cómo, durante la última semana, el dolor ha interferido con su actividad general?

Sin interferencia												Interfiere completamente
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

