**Formulario de Valoración Inicial**

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PA: \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ubicación del dolor:** Por favor difuminar/pintar las partes que duelen

 Por favor marque lo que describe su dolor:

[ ]  adolorido [ ]  punzante [ ]  sordo [ ]  agudo [ ]  punzante-intermitente

Der.

Izq.

[ ]  punzonazo [ ]  ardiente [ ]  otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Por favor marque si tiene algún síntoma asociado al dolor*:*

[ ]  adormecimiento [ ]  cosquilleo [ ]  espasmos musculares [ ]  debilidad

[ ]  incontinencia urinaria [ ]  hormiguero

 ¿Qué empeora su dolor? [ ]  toser [ ]  estirarse [ ]  estar en pie

[ ]  doblarse/agacharse [ ] caminar [ ]  sentarse [ ]  conducir [ ]  tocarse

[ ]  frío [ ]  otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ¿Qué hace que el dolor mejore? [ ]  descansar [ ]  frío [ ]  calor

[ ] sentarse [ ]  estar en pie [ ]  medicación

[ ]  Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indique un NUMERO dentro del 0-10 el que mejor describa su dolor:

Izq.

Der.

 *Sin dolor dolor moderado dolor severo intolerable*

 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

\_\_\_\_\_ Dolor en el peor momento \_\_\_\_\_\_ Dolor en un buen momento

 \_\_\_\_\_\_\_\_ Dolor promedio \_\_\_\_\_\_ Dolor en este momento

**Historial de la lesión que presenta: ¿**Es su lesión [ ] relacionada al trabajo o [ ] accidente automovilístico? Fecha de la lesión: \_\_\_\_\_\_\_\_ Estado donde ocurrió esta lesión: \_\_\_\_\_\_\_

Describa lo sucedido/accidente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

**Revisión de los sistemas**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **General** [ ]  fatiga[ ]  fiebre[ ]  aumento de peso/pérdida de peso**Ojos**[ ]  Pérdida de visión**Cabeza/Oídos/Nariz/Garganta** [ ]  Pérdida auditiva[ ]  sangre por la nariz [ ]  dolor de garganta | **Cardiovascular** [ ]  dolor en el pecho[ ]  palpitaciones**Respiratorio** [ ]  tos [ ]  falta de aire**Gastrointestinal**[ ]  vomita sangre**Genital-Urinario** [ ]  pérdida del control de vejiga | **Musculoesquelético**[ ]  dolor/inflamación articulaciones [ ]  espasmos[ ]  debilidad**Piel** [ ]  cambios en coloración de piel**Neurología** [ ]  parálisis[ ]  convulsiones | **Psiquiátrico** [ ]  estado depresivo [ ]  alucinaciones**Endocrinología** [ ]  azúcar en la sangre elevada**Hematología/Linfático**[ ]  sangrado[ ]  moretes/moretones |

**Tratamientos anteriores**

¿Tuvo anteriormente manejo del dolor? ¿Con quién? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tratamientos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Ha tenido inyecciones? [ ]  No [ ]  Sí, en caso de decir que sí. ¿Tuvo alivio? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ha tenido alguna terapia alternativa: [ ]  quiropráctico [ ]  acupuntura [ ]  terapia física [ ]  Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

En caso de asistir ¿Tuvo alivio? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Historial de Intervención Quirúrgica**

[ ]  Cirugía de espalda [ ]  Cirugía de cuello [ ]  Estimulador de médula espinal [ ]  Bomba del dolor de IT [ ]  desfibrilador /Marcapasos

[ ]  Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Medicación actual:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**Anticoagulante:**  [ ] Aspirina [ ] Plavix [ ] Warfarin [ ] Lovenox [ ] Pradaxa [ ] Ticlid [ ] Pletal

**Medicación previa para el dolor**

[ ]  Vicodin [ ]  Percocet [ ]  Dilaudid [ ]  Oxycontin [ ]  Oxycodone [ ]  Fentanyl

[ ]  Suboxone [ ]  Methadone [ ]  MS Contin [ ]  Other: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Medicación para alergias**

[ ]  desconocimiento de alergias a medicamentos [ ]  Betadine/Iodine [ ]  Contrast dye [ ]  Latex [ ]  Alergias a medicamentos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Historial Médico previos** (Por favor marcar todas las que apliquen)

[ ]  SIDA/VIH [ ]  Diabetes [ ]  Cáncer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [ ]  Hepatitis B / C [ ]  Enfermedades del Corazón

[ ]  Trastorno hemorrágico [ ]  Derrame/ Mini-Derrame [ ]  Esclerosis Múltiple [ ]  Enfermedad en el hígado [ ]  Enfermedad en los riñones

[ ]  EPOC [ ]  Úlceras estomacales/intestinales [ ]  Presión Alta [ ]  Síndrome de apnea obstructiva del sueño [ ]  Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 [ ]  Alcoholismo [ ]  Adicciones previas [ ]  Abuso de drogas [ ]  Trastorno Bipolar [ ]  Trastorno Generalizado de Ansiedad

**Historial familiar**

¿Su madre aún vive? [ ] Sí [ ]  No En caso de que su respuesta sea no, a que edad falleció \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_causa de muerte \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Su padre aún vive? [ ] Sí [ ]  No En caso de que su respuesta sea no, a que edad falleció \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_causa de muerte \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Historial familiar relacionado a las siguientes condiciones de salud

[ ]  artritis [ ]  cáncer [ ]  espondilitis anquilosante [ ]  Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ]  dolor de espalda [ ]  Esclerosis Múltiple [ ]  osteoporosis

**Ocupación/Profesión**

[ ]  trabajador/ asalariado [ ]  Trabajando actualmente [ ]  discapacitado [ ]  pensionado Puesto (anterior/actual):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Notas solamente del médico: