**Formulario de Valoración Inicial**

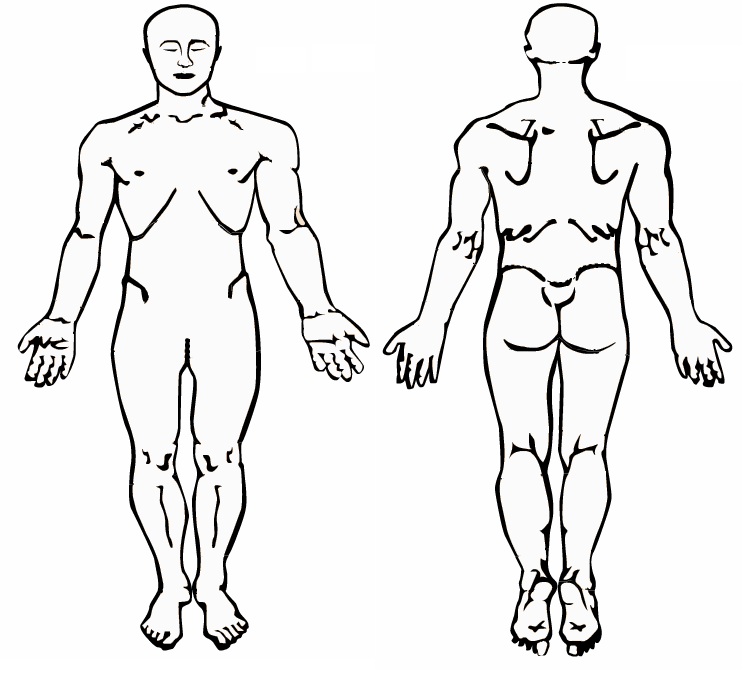
Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PA: \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_\_

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: