

Evaluación del dolor

1. ¿Cuándo fue la primera vez que tuvo este problema? _____
2. ¿Su dolor comenzó gradualmente? de repente?
3. ¿Cuáles fueron las circunstancias de este primer inicio de dolor?
 lesión laboral, accidente automovilístico, una caída, levantando, lesión deportiva, nada específico,
 otros _____
4. ¿Con qué frecuencia tiene episodios de dolor intenso? _____
5. ¿Sus episodios de dolor se están volviendo más frecuentes? más grave? quedándose igual? mejorando?
6. ¿Qué tan severo es su dolor en un día típico? Por favor, haga un círculo.

| | | | |
|---------|------|----------|--------|
| 0 1 2 | 3 4 | 5 6 7 | 8 9 10 |
| Ninguno | Leve | Moderado | Severo |

7. ¿El dolor, empeora o no cambia con lo siguiente:

| | Mejor | Peor | Sin Cambio |
|----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| De pie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Caminando | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Acostado | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sentado | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Siendo activos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mirando hacia arriba | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mirando hacia abajo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Estornudos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Por la mañana | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Por la noche | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| En reposo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Calor | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Frío | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Girar a la derecha | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Girar a la izquierda | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Conduciendo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

8. ¿Tiene dolor en los brazos? no sí Si es en la derecha, izquierda, ambos
9. ¿Tiene dolor en las piernas? no sí Si es en la derecha, izquierda, ambos
10. ¿Tienes alguna: Debilidad? no sí Si es así, donde: _____
11. ¿Dificultad para controlar la vejiga o los intestinos? no sí Si hace, ¿cuánto tiempo? _____
12. ¿Ha recibido tratamiento para este problema? no sí (medicamentos, terapia, aparatos ortopédicos/faja) _____
13. ¿Su dolor limita o le impide trabajar? no sí
14. ¿Está actualmente en discapacidad por este problema? _____
15. ¿Cuándo fue la última vez que trabajó? _____
16. ¿Su trabajo requiere lo siguiente?

| | | |
|--|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Sesión prolongada | <input type="checkbox"/> Levantar | <input type="checkbox"/> 0 – 10 lbs. |
| <input type="checkbox"/> Distancias de pie | | <input type="checkbox"/> 10 – 20 lbs. |
| <input type="checkbox"/> Escalada, <input type="checkbox"/> flexión <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> de pie | | <input type="checkbox"/> 20 – 50 lbs. |
| <input type="checkbox"/> Conducir | | <input type="checkbox"/> más de 50 libras. |

Firma del paciente: _____ Revisado: _____ Fecha: _____

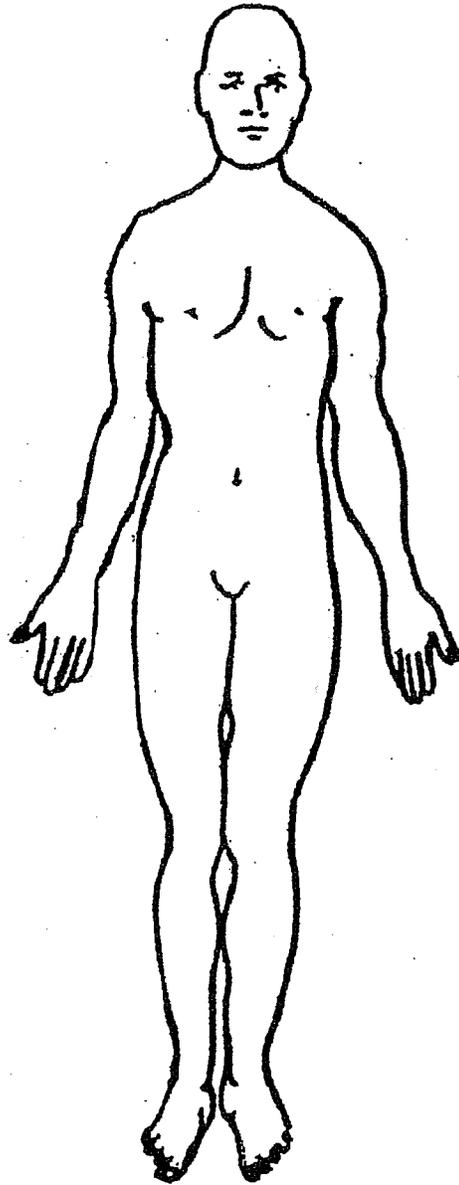
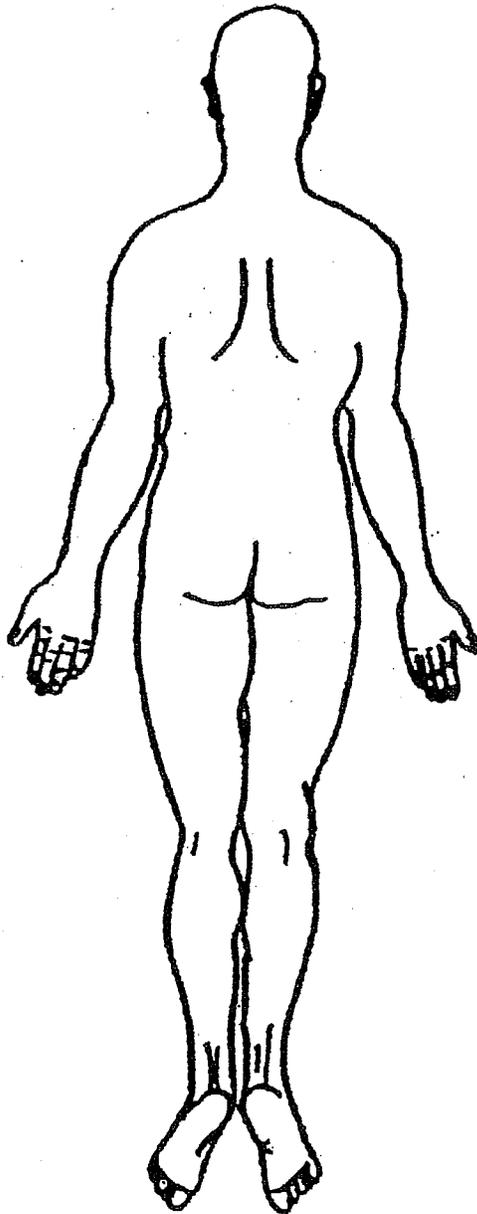
(SOBRE)

Nombre: _____

Fecha: _____

Marque las áreas de su cuerpo donde siente la sensación descrita. Utilice el símbolo apropiado.
Marcar áreas de radiación. Incluya todas las áreas afectadas.

| | | | | | | | | | |
|----------------|------|-------------|---------|-------|---------|---------------|------|---------|---------|
| Entumecimiento | ==== | Alfileres y | o o o o | Quema | x x x x | Apuñalamiento | //// | Crónica | z z z z |
| | ==== | Agujas | o o o o | | x x x x | | //// | Dolor | z z z z |



(SOBRE)