

Formulario de seguimiento de información del paciente

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/____ Fecha de hoy: ___/___/____

Marque con un círculo la ubicación de su(s) problema(s) principal(es) y sus síntomas

Dolor de cuello Derecha Izquierda Ambos	Dolor de hombro Derecha Izquierda Ambos	Dolor de cadera Derecha Izquierda Ambos
Dolor de espalda baja Derecha Izquierda Ambos	Dolor de codo Derecha Izquierda Ambos	Dolor de rodilla Derecha Izquierda Ambos
Dolor de espalda media Derecha Izquierda Ambos	Dolor en la muñeca Derecha Izquierda Ambos	Dolor de tobillo Derecha Izquierda Ambos
Dolor de cabeza Derecha Izquierda Ambos	Dolor de mano Derecha Izquierda Ambos	Dolor de pie Derecha Izquierda Ambos

¿Cuándo comenzaron los síntomas?			Si tuvo una lesión, descríbala:	
¿Tuvo una LESIÓN?	No	Sí		

¿Cuán severo es el dolor en una escala de 0 a 10 (0-SIN DOLOR, 10-PEOR DOLOR IMAGINABLE)?	Ahora: ___/10	Peor dolor: ___/10			
¿Con qué frecuencia se presentan los síntomas?	Constantemente	Frecuentemente	Intermitentemente	Raramente	
¿Han cambiado los síntomas desde la última visita?	Han empeorado		Han mejorado		Siguen igual

Describa sus Síntomas	Intenso	Tenue	Doloroso	Pulsante	Rigidez	Calambres	Presión	Eléctrico
	Agudo	Punzante	Adormecimiento	Hormigueo	Ardor	Algun Ruido	Chasquido	Espasmos

¿Qué hace que los síntomas EMPEOREN?	
¿Qué hace que los síntomas MEJOREN?	

¿El dolor se irradia?	Por el brazo derecho	Por el brazo izquierdo	Por la pierna derecha	Por la pierna izquierda
-----------------------	----------------------	------------------------	-----------------------	-------------------------

¿Hay entumecimiento?	No	Sí	Si es así, ¿dónde?	
----------------------	----	----	--------------------	--



¿Algún tipo de debilidad?	No	Sí	Si es así, ¿dónde?	
---------------------------	----	----	--------------------	--

¿Está usted actualmente haciendo alguno de los siguientes tratamientos?	Terapia física	Sí	No	Si es así, ¿ayuda?	Sí	No
	Quiropráctico	Sí	No	Si es así, ¿ayuda?	Sí	No
	Terapia de masaje	Sí	No	Si es así, ¿ayuda?	Sí	No
	Inyecciones	Sí	No	Si es así, ¿ayuda?	Sí	No
	Antiinflamatorios	Sí	No	Si es así, ¿ayuda?	Sí	No
	Analgésicos	Sí	No	Si es así, ¿ayuda?	Sí	No

¿Tiene algún problema médico nuevo desde la última visita?	
¿Se ha sometido a alguna nueva cirugía desde su última visita?	

Indique todos los medicamentos que toma, incluyendo dosis (IMPORTANTE)	
Alergias a medicamentos	

¿Toma algún anticoagulante (MARQUE CON UN CÍRCULO)?	Coumadin/Warfarina	Plavix	Pradaxa	Brilinta	Aleve/Naproxeno
	Aspirina	Eliquis	Xarelto	Ibuprofeno/Advil	Otro

Marque con un círculo todo lo que se aplique a usted. ¡TODO ES CONFIDENCIAL!	No consume tabaco	Fuma cigarrillos	Fuma cigarros	Mastica tabaco	Vapear
	No consume alcohol	Si bebe alcohol, ¿cuánto?		_____ Bebidas por día / semana / mes / año	
	Nunca consume drogas	Fuma marihuana	Marihuana comestible	Aceite de CBD	Otras Drogas

¿Afecta el dolor a su capacidad de trabajo?	No	Sí	Describe:	
---	----	----	-----------	--

Altura: _____	Peso: _____	Presion: ____/____	Pulso: ____	Resp. O ₂ : _____%
---------------	-------------	--------------------	-------------	-------------------------------