



Nombre: _____ Num Social: # ____-____-____ Fecha : _____

Actividades o Rutinas Diarias: _____

Occupacion, incluyendo actividades diarias de su trabajo: _____

Edad: _____ Estatura : _____ Peso : _____

Tiene Restricciones de Trabajo de su Doctor? **SI NO** Alergia al Latex? **SI NO**

Fuma? **SI NO** Tiene marcapasos/ valvula en su corazon? **SI NO**

MUJERES SOLAMENTE: Esta o puede estar embarazada? **SI NO**

ALERGIAS: Tiene alguna alergia a algun medicamento? _____

Tiene o ha tenido algunos de los siguientes sintomas(marque todo lo que aplica)

	Fatiga/Cansancio		Adormecimiento		Estrenimiento
	Fiebre/Escalofrio		Debilidad en los musculos		Diarrea
	Nausea/Vomito		Mareos		Dificultad al respirar
	Perdida de peso/Aumento		Dificultad para tragar/pasar saliva		Desmayos
	Desbalanceo		Indigestion/ Acidez		Tos
	Caidas		Cambios en funciones de vejiga/estomago		Dolores de Cabeza

Tiene o ha sido diagnosticado con alguno de lo siguiente(marque todo lo que aplica)?

	Cancer		Depression		Problemas de la Tiroide
	Problemas del Corazon		Problemas en Pulmon		Diabetes
	Angina de Pecho		Tuberculosis		Osteoporosis
	Problemas de Circulacion		Asma		Esclerosis Multiple
	Cuagulos de Sangre		Artritis Rheumatoide		Epilepsia
	Derrame Cerebral		Otra condicion Artritica		Infeccion/Problemas en Ojos
	Anemia		Infeccion vias Urinarias		Ulceras
	Infeccion en Huesos		Infeccion/Problemas con Rinon		Problemas del Hgado
	AltaPresion/Hipertension		Enfermedades Sexual		Hepatitis
	Dependencia Quimica(Alcohol, droga)		Efermedad Inflamatoria Pelvica		Pulmonia

Algun miembro de su familia (padres, hermanos, abuelos) a sido diagnosticado con alguna de las siguientes(marque todo lo que aplica)?

	Cancer		Diabetes		Tuberculosis
	Problemas del Corazon		Derrame Cerebral		Problemas de la Tiroide
	Alta Pression		Depression		Cuagulos de Sangre

Durante el ultimo mes se a sentido con depression o falta de animo? **SI NO**

Durante el ultimo mes a tenido poco interes o placer en hacer cosas? **SI NO**

Esto es algo con lo que quisiera ayuda? **SI SI, PERO HOY NO NO**

Se siente o se a sentido inseguro en casa o alguien a tratado de lastimarlo/a? **SI NO**

Lista de Medicamentos que esta tomando actualmente(incluya pastillas,inyecciones, parches, etc):

1. _____ 2. _____ 3. _____
4. _____ 5. _____ 6. _____

Alguna vez a tomado medicamento que contenga esteroides para una condicion medica? **SI NO**
Alguna vez a tomado medicamento anti-cuagulante para condiciones medicas? **SI NO**

Lista de cirugias o otras condiciones medicas en las cuales haya sido hospitalizado/a?

1. _____ 2. _____ 3. _____

Fecha del comienzo de sus sintomas? _____

Que cree usted que causo sus sintomas? _____

Su sintomas estan: ____ Mejorando ____ Empeorando ____ Igual

Tratamiento que a recibido para este problema(chiropratico, inyecciones, etc..) _____

Exámenes/Pruebas realizadas para este problema(MRI, radiografias, etc.) _____

Abria tenido este problema anteriormente: **SI NO** Cuando _____ Tratamiento _____

Cuanto tiempo se tomo para mejorarse? _____

TABLA DE CUERPO:

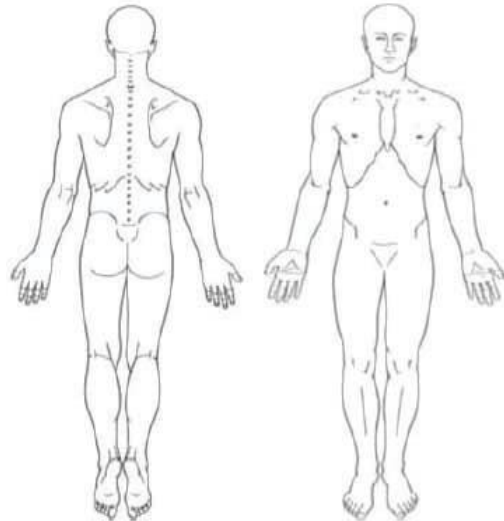
Por favor marque las areas donde siente sus sintomas con los siguientes simbolos:

↓↓ - **Dolor Agudo/ Punsante**

O - **Dolor constante**

|| - **Adormecimiento**

= - **Hormigeo**



Mis sintomas actualmente: ____ Van y vienen ____ Son Constante ____ Son Constante, pero cambian con actividad

Factores Agravantes: Identificar 3 posiciones o actividades que agravan/aumenten su dolor:

1. _____
2. _____
3. _____

Factores Que Alivian: Identificar 3 posiciones o actividades que alivian/ayudan su dolor:

1. _____
2. _____
3. _____

Actualment es capaz de dormir debido a sus sintomas?

___ ningun problema ___ con dificultad ___ el dolor despierta ___ duerme solo con medicamento

Sus sintomas son peor por: ___ manana ___ tarde ___ noche ___ despues de ejercicio

Sus sintomas son mejor por: ___ manana ___ tarde ___ noche ___ despues de ejercicio

Usando una escala de 0-10, "0" siendo nada de dolor, y "10" siendo el peor dolor imaginable favor de definir su dolor:

Su nivel de dolor al llenar este cuestionario? _____

Su mejor nivel de dolor en las ultimas 24 horas? _____

Su peor nivel de dolor en las ultimas 24 horas? _____