

CUESTIONARIO DEL DOLOR

VERSION: 2

FECHA: / /

PÁGINA: 1 DE 3

CUESTIONARIO PARA PACIENTES CON DOLOR

Reciba un Cordial Saludo,

Le damos la bienvenida a la Clínica MED.

Le solicitamos el favor de diligenciar de forma clara, detallada y completo el presente cuestionario, el cual debe ser diligenciado de llegar a la consulta de primera vez.

Por favor no dude en solicitar a nuestros médicos o personal asistencial, cualquier pregunta o preocupación.

Nota: Si cuenta con ayudas diagnósticas a continuación por favor traerlas:

Resonancia, Escenografía, Rayos X, Gammagrafía ósea, Electromiografía, resultado de laboratorio.

I. INFORMACIÓN GENERAL

Fecha de Diligenciamiento: DD MM AA Nombre Completo: _____

Número de Identificación: _____ Fecha de nacimiento: DD MM AA

Lugar de nacimiento: _____ Sexo: F_ M_ Edad: _____

Dirección: _____ Estado Civil: _____

Celular: _____ Entidad de Salud: _____

EPS ARL Particular Med. Prepagada

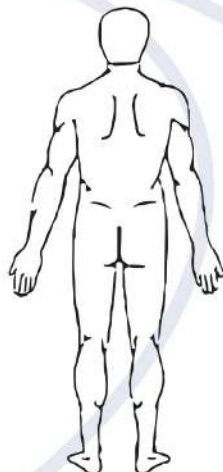
II. INFORMACIÓN DEL DOLOR

Por favor, marque el sitio de su dolor en el siguiente diagrama:

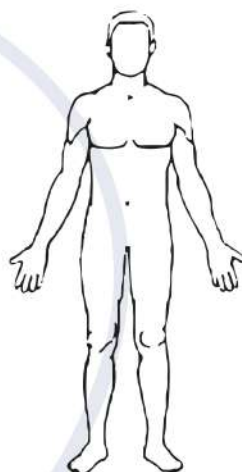
CUERPO



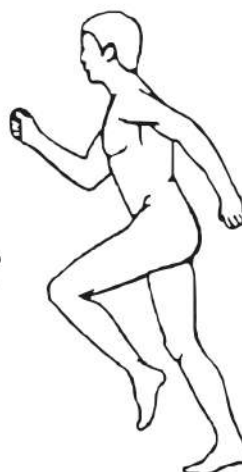
LATERAL DERECHO



POSTERIOR

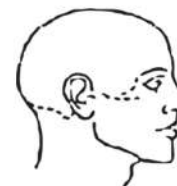


ANTERIOR



LATERAL IZQUIERDO

ROSTRO



LATERAL DERECHO



LATERAL IZQUIERDO

Sede Principal: Calle 5b3 # 38 - 44 **Sede Ambulatoria:** Cra 38 # 5B2 - 34 **Barrio San Fernando, Cali**

+57 (310) 402 4838 +57 (310) 462 2337 +57 (310) 490 0277 (2) 488 0909

 @ClinicaMedOficial www.laclinicamed.com

CUESTIONARIO DEL DOLOR

VERSION: 2

FECHA: / /

PÁGINA: 2 DE 3

III. DESCRIBA SUS SÍNTOMAS DE DOLOR

1. ¿Cuándo inició su dolor?: _____
2. ¿Dónde está localizado su dolor?: _____
3. ¿Su dolor es resultado de? Caída Herida Golpe Otro _____
 ¿En dónde? Trabajo Hogar Otro _____
4. Usualmente como califica su dolor en una escala de 0 a 10; siendo cero ningún dolor y 10 el máximo dolor o intensidad: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
5. ¿Qué número de 0 a 10 le da a su dolor
¿CUÁNDO TOMA SUS MEDICAMENTOS? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
6. ¿Qué número de 0 a 10 le da a su dolor EN DESCANSO? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
7. ¿Qué número de 0 a 10 le da a su dolor AL TENER ACTIVIDAD? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
8. ¿Cómo es el tipo de dolor? (Marque X sobre todas las opciones que considere aplicables a su dolor): Desgarrante Presión Tirón Punzada Hormigueo Quemazón
 Entumecimiento Ardor Pesadez Frialdad Pulsátil Otro
9. ¿Su dolor le produce? (marque las que aplican)
 Depresión Irritabilidad Tristeza Frustración Desamparo Otro
10. ¿Qué tratamientos usted ha recibido para manejo del dolor?
 Medicamentos Terapia Física Terapia Ocupacional Cirugía Psicología
 Otro _____

IV. INFORMACIÓN DE ALEGIAS Y MEDICAMENTOS

11. Por favor realizar una lista de todas las alergias que presente:

12. Por favor haga una lista de todos los medicamentos que usted está tomando ACTUALMENTE para su dolor (con ó sin receta médica):

MEDICAMENTO	DOSIS	FRECUENCIA

CUESTIONARIO DEL DOLOR

VERSION: 2

FECHA: / /

PÁGINA: 3 DE 3

13. Por favor haga una lista de todos los medicamentos que usted ha tomado ANTES para su dolor (con ó sin receta médica):

MEDICAMENTO	DOSIS	FRECUENCIA

V. HISTORIA LABORAL

14. ¿ Está trabajando actualmente? SI NO ¿Cuál es su ocupación? _____

15. ¿ Está actualmente incapacitado(a)? SI NO ¿Hace cuánto tiempo? _____

VI. HISTORIA PSICOLÓGICA

16. ¿ Alguna vez haz sido tratado(a) por algún trastorno emocional? SI NO

¿Cuál? _____

17. ¿ Qué medicamentos tomó ? _____

18. ¿ Alguna vez ha intentado suicidarse ? SI NO

VII. FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA: / /

La información que he proporcionado es verdadera y exacta a mi leal saber y entender, de esta manera he completado de la mejor forma este cuestionario.