

Historial médico

Instrucciones

Para poder manejar su dolor de la mejor manera posible, su doctor necesita información de su historial médico, incluidos los problemas actuales y pasados; medicamentos; hábitos de salud; e historial familiar. Por favor, responda de la mejor manera posible a las preguntas sobre cómo se siente. La información sobre su historial médico pasado se puede recolectar tanto de usted como de sus familiares.

Mi nombre es: _____ **Fecha:** _____

Mi número telefónico es: _____

Cuestionario de los antecedentes del dolor

Por favor, responda las siguientes preguntas de la mejor manera posible:

1. ¿Dónde le duele? (Por ejemplo: rodillas, coyunturas, espalda, cabeza). ¿Parece que el dolor se irradia a otros lugares?
2. ¿Cómo y cuándo comenzó el dolor?
3. Cuéntenos todo lo que pueda sobre el dolor:
¿Cómo es (sensación de quemazón, hormigueo, un dolor que se irradia a otros lugares, punzante, un malestar), a qué hora del día ocurre, por qué empieza, qué lo empeora y qué lo alivia?
4. Por favor, cuéntenos todo lo que usted sabe sobre las evaluaciones previas de su dolor, en particular, las radiografías, resonancias magnéticas u otros procedimientos que se le hayan hecho para detectar la causa.

Cuestionario sobre el dolor crónico

Por favor, elija la respuesta más apropiada para cada pregunta.

1. ¿Cuánto le duele cuando camina?

Para nada Un poco Moderadamente Mucho

2. ¿Cuánto lo afecta su dolor al disfrutar su vida (sus amistades, sus viajes, sus pasatiempos y su trabajo)?

Para nada Un poco Moderadamente Mucho

3. ¿Cuánto le duele cuando va de compras?

Para nada Un poco Moderadamente Mucho

4. ¿Cuánto le duele cuando maneja?

Para nada Un poco Moderadamente Mucho

5. ¿Cuánto interfiere el dolor con su capacidad de hacer ejercicios?

Para nada Un poco Moderadamente Mucho

6. ¿Cuánto le duele cuando toma un baño?

Para nada Un poco Moderadamente Mucho

7. ¿Cuánto interfiere el dolor para llegar al baño a tiempo?

Para nada Un poco Moderadamente Mucho

8. ¿Cuánto afecta el dolor su capacidad de pensar claramente?

Para nada Un poco Moderadamente Mucho

9. ¿Cuánto interfiere el dolor con su sueño?

Para nada Un poco Moderadamente Mucho

10. ¿Cuánto afecta el dolor su apetito?

Para nada Un poco Moderadamente Mucho

11. ¿Cuánto afecta el dolor su carácter y ánimo?

Para nada Un poco Moderadamente Mucho

12. ¿Cuánto interfiere el dolor con sus relaciones familiares y sus amigos?

Para nada Un poco Moderadamente Mucho

13. ¿Cuánto afecta el dolor su energía?

Para nada Un poco Moderadamente Mucho

**Historial médico
pasado**

¿Ha tenido alguno de los siguientes problemas o estados de salud? En caso afirmativo, ¿cuándo se detectó por primera vez?

| Problema | ¿Cuándo? | Sí | No |
|--|-----------------|--------------------------|--------------------------|
| Dolor de cabeza | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Trastornos/Enfermedades de las coyunturas de la mandíbula inferior (TMJ, por su sigla en inglés) | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dolor de muelas | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dolor de cuello | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Problemas para tragar | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Problemas pulmonares crónicos | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dolor en el pecho | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Problemas cardiacos | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Problemas estomacales/intestinales | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dolor en la pelvis | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Artritis | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fibromialgia | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dolor de hombros/brazos | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dolor de espalda | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dolor de caderas/rodillas | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dolor muscular | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Trastornos del sistema nervioso | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Depresión | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nerviosismo, ataques de pánico | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Problemas para dormir | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Problemas de hígado o renales | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Historial médico actual

Por favor, enumere los problemas médicos que lo afectan actualmente o por los cuales está recibiendo tratamiento ahora.

| Problema | ¿Cuándo comenzó? |
|-----------------|-------------------------|
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

Historial psiquiátrico

Por favor, indique todos los trastornos o tratamientos psiquiátricos que haya tenido, con la fecha aproximada de inicio de cada uno.

| Trastorno o tratamiento | Fecha |
|--------------------------------|--------------|
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

Cirugías

Por favor, detalle todas las cirugías con las fechas respectivas.

| Cirugía | Fecha |
|----------------|--------------|
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

Hospitalizaciones Enumere los motivos de las hospitalizaciones en los últimos 10 años y el mes/año cuando tuvieron lugar.

| Motivo | Mes/Año |
|---------------|----------------|
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

Historial familiar

Por favor, indique qué miembros de su familia han tenido alguno de los siguientes problemas médicos (aclare el parentesco con usted, no el nombre).

| Problema | Familiar(es) |
|---------------------------------|---------------------|
| Diabetes | _____ |
| Artritis | _____ |
| Depresión | _____ |
| Ansiedad | _____ |
| Trastornos del sistema nervioso | _____ |
| Problemas de dolor | _____ |

Hábitos de salud

Si usted ha fumado alguna vez, ¿cuántos paquetes por día y por cuántos años?

Si ya no fuma, ¿cuándo dejó de hacerlo?

¿Consumió drogas alguna vez?

_____ No _____ Sí

¿Bebe bebidas alcohólicas la mayoría de los días?

_____ No _____ Sí

En caso afirmativo, ¿cuántas bebidas por día toma usualmente?

(1 bebida es 1 cerveza, 6 onzas de vino o 2 onzas de bebidas fuertes)

¿Ha bebido usted en exceso alguna vez (6 tragos por día o más)?

_____ No _____ Sí

Historial de ejercicios

En los últimos meses, ¿cuánto tiempo pasó cada semana haciendo ejercicios al menos moderados?

| | | | |
|---------------------|--------------|---------------|--------------------|
| Menos de 15 min. | 15 – 60 min. | 60 – 120 min. | Más de 120 min. |
|---------------------|--------------|---------------|--------------------|

Un ejercicio moderado puede ser caminar, montar en bicicleta, nadar o hacer el trabajo pesado de la casa (pasar la aspiradora, limpiar). Por ejemplo, 30 minutos por día, 3 días por semana, serían un total de 90 minutos para toda la semana.

¿Qué tipo de ejercicios hace?

Apoyo social y recursos

1. ¿Cuánta ayuda puede usted esperar de su familia o amigos cuando está enfermo?

| | | | | |
|------------------------------|-------------------------|---|-------------------------------|-----------------------------|
| Toda la necesaria | Ayuda diaria | Algunas veces por semana | Una vez por semana | Menos de una vez |
|------------------------------|-------------------------|---|-------------------------------|-----------------------------|

2. ¿Quién es la persona que lo ayuda usualmente cuando está enfermo?

3. ¿Contrata a gente para que lo ayuden en la casa? Sí No

4. ¿Tiene suficiente dinero para costear las pequeñas cosas que hacen su vida más agradable?

Historial de medicamentos

Por favor, enumere todos los medicamentos **recetados** que está tomando ahora.

| Nombre del medicamento | Dosis y frecuencia diaria |
|-------------------------------|----------------------------------|
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

Por favor, haga una lista de todos los medicamentos **de venta libre** que está tomando ahora al menos una vez por semana.

| Nombre del medicamento | Dosis y frecuencia diaria |
|-------------------------------|----------------------------------|
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

**Revisión de los
síntomas**

¿Ha tenido usted alguno de los siguientes problemas en los últimos meses? Por favor, descríbalos brevemente, con las fechas aproximadas. Si necesita más espacio, escriba en el reverso de la hoja. Deje el espacio en blanco si el problema no ha ocurrido.

| Problema | Descripción, fecha(s) |
|--------------------------------|------------------------------|
| Problemas de visión o audición | _____ |
| Falta de energía | _____ |
| Menor atención/Fatiga | _____ |
| Mareos/Inestabilidad | _____ |
| Desmayos | _____ |
| Caídas o tropezones | _____ |
| Boca seca | _____ |
| Dolor o malestar en el pecho | _____ |
| Reflujo o dolor estomacal | _____ |
| Estreñimiento | _____ |
| Náuseas | _____ |
| Cambios de apetito | _____ |
| Cambios de peso | _____ |
| Hinchazón | _____ |
| Sudores nocturnos | _____ |
| Problemas para dormir | _____ |
| Depresión | _____ |
| Problemas de micción | _____ |
| Confusión | _____ |
| Trastornos sexuales | _____ |