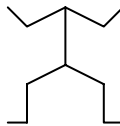




<b>Historial familiar</b> <i>(Marque con un círculo lo que corresponda.)</i> Diabetes Artritis Depresión Ansiedad Trastornos neurológicos	<b>Positivos (historial médico anterior, Revisión de sistemas, otros)</b>	
---	---	--

<b>Signos vitales</b>		PS sentado ____	P ____	T ____	Peso ____ libras	Altura ____ pulg.																												
<b>Ojos</b> Pupilas Fondo Visión	<input type="checkbox"/> Párpados y conjuntivas normales <input type="checkbox"/> Pupilas simétricas y reactivas <input type="checkbox"/> Elementos positivos y discos normales <input type="checkbox"/> Agudeza y áreas de visión intactas	<b>Marcha</b> <b>Extremidades</b> <i>Marque si es normal, haga un círculo si es de anormal Movimiento</i>	<input type="checkbox"/> Prueba de postura y marcha normales <input type="checkbox"/> Sin edemas	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Margen</th> <th>Fuerza</th> <th>Tono</th> <th>Sensorial</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Brazo derecho</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Brazo izquierdo</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Pierna derecha</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Pierna izquierda</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Columna dorsal/ Espalda</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Margen	Fuerza	Tono	Sensorial	Brazo derecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Brazo izquierdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pierna derecha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pierna izquierda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Columna dorsal/ Espalda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Margen	Fuerza	Tono	Sensorial																														
Brazo derecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
Brazo izquierdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
Pierna derecha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
Pierna izquierda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
Columna dorsal/ Espalda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
<b>Oídos, nariz y garganta</b> Otoscópico Audición Intranasal Oral ant. Orofaringe	<input type="checkbox"/> Sin cicatrices, lesiones ni protuberancias <input type="checkbox"/> Canales y membranas del tímpano normales <input type="checkbox"/> Normal a _____ <input type="checkbox"/> mucosa, septum y turbinato normales <input type="checkbox"/> Dientes normales <input type="checkbox"/> Lengua, paladar y faringe normales	<b>Cognición</b> Atención Nervios craneales Coordinación Reflejos profundos del tendón (DTR, en inglés) Sensación Carácter	<input type="checkbox"/> Espectro cognitivo normal – Prueba: _____ <input type="checkbox"/> nivel de atención y estado de alerta normales <input type="checkbox"/> sin gran déficit <input type="checkbox"/> movimiento alternativo rápido normal <input type="checkbox"/> simétricos, _____ (escala 0-4+) <input type="checkbox"/> propiocepción y tacto normales <input type="checkbox"/> espectro normal. Escala de deterioro global (GDS, en inglés): ____/15																															





<p><b>Evaluación</b></p>	<p><b>Materiales educativos</b>  <i>(Marque los materiales entregados)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> La evaluación y el manejo del dolor crónico</li> <li><input type="checkbox"/> Cómo llevar el diario del dolor</li> <li><input type="checkbox"/> El uso de medicamentos para el dolor crónico</li> <li><input type="checkbox"/> Cómo vivir bien si padece dolor crónico</li> <li><input type="checkbox"/> Cómo hacer ejercicios si padece dolor crónico</li> <li><input type="checkbox"/> Cómo estirarse</li> </ul>
<p><b>Plan</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Los fármacos antiinflamatorios no esteroideos (NSAID, por su sigla en inglés)</li> <li><input type="checkbox"/> Los opioides y el dolor crónico</li> <li><input type="checkbox"/> Los antidepresivos para el dolor crónico</li> <li><input type="checkbox"/> El manejo del estreñimiento</li> <li><input type="checkbox"/> El tratamiento del dolor sin píldoras</li> <li><input type="checkbox"/> La atención del dolor: la Declaración de Derechos y Garantías</li> </ul>