

Rehabilitation Physicians of Georgia, P.C.

HISTORIA CLINICA & EXPEDIENTE MÉDICO

Nombre del paciente: _____ Fecha de la visita: _____

Nombre del doctor que lo refirió: _____

Fecha del accidente o comienzo del dolor: _____

Por favor describa sus síntomas:

¿

¿Qué actividades, eventualmente aumentan su dolor?

- Estar sentado Estar de pie Estar acostado El agacharse
 Caminar Toser Estornudar Hacer ejercicio
 Actividad sexual Otras razones: _____

¿Qué actividades, eventualmente, disminuyen su dolor?

- Estar sentado Estar de pie Estar acostado Caminar
 Terapia física Medicamentos y drogas
 Otras razones: _____

¿Cuáles de las siguientes actividades son impedidas por el dolor?

- Dormir Actividad sexual Estar sentado Estar de pie
 Actividades sociales Comer Trabajar Hacer ejercicio
 Caminar Otras razones: _____

¿Tiene otros problemas médicos? SI NO Si es así, por favor
describalos: _____

¿Ha estado usted alguna vez en el hospital debido a estos problemas?

SI NO Si es así, por favor descríbalos: _____

Por favor enumere cualquier problema médico común en su familia: (Por ejemplo, diabetes, tensión arterial o presión alta, etc.) _____

¿Cuál es su ocupación (trabajo o empleo)? _____

¿Está todavía trabajando? SI NO

¿Interfiere su dolor con su trabajo?

Casi siempre Algunas veces De vez en cuando Nunca

¿Fuma? SI NO ¿Si es así, por cuantos años? _____

¿Cuántos paquetes de cigarrillos fuma? _____

¿Consumo bebidas alcohólicas? SI NO

¿Si así es, cuanto y con qué frecuencia? _____

Por favor enumere todas y cada una de las medicaciones, medicinas o drogas que esté tomando actualmente, incluyendo las que se pueden comprar sin receta o prescripción médica, tal como las vitaminas, hierbas y otros suplementos: _____

¿Es usted alérgico a alguna droga o medicación? SI NO

Si así es, por favor enumérelas:

¿Le han operado, o ha sido intervenido quirúrgicamente alguna vez?

SI NO Si así es, por favor describa la razón; dé el nombre del cirujano y el año de la operación, si es posible:

¿Se ha estado sintiendo triste, deprimido, acabado, o desesperado a causa de su dolor?

Con frecuencia Algunas veces De vez en cuando Nunca

¿Practica alguna actividad, pasatiempo, afición o deporte que disfruta? SI NO Si es así, por favor descríbala:

¿Qué está haciendo para aliviar su dolor? (Tal como ejercicios terapéuticos, terapia física - con calor o con frío, etc.): SI NO
Si es así, por favor describa lo que hace: _____

¿Nota algún cambio en su dolor cuando usa o practica alguna de estas actividades? SI NO Si así es, por favor explíquenos:

¿Qué exámenes o tratamientos ha recibido?

Examen/prueba o tratamiento:

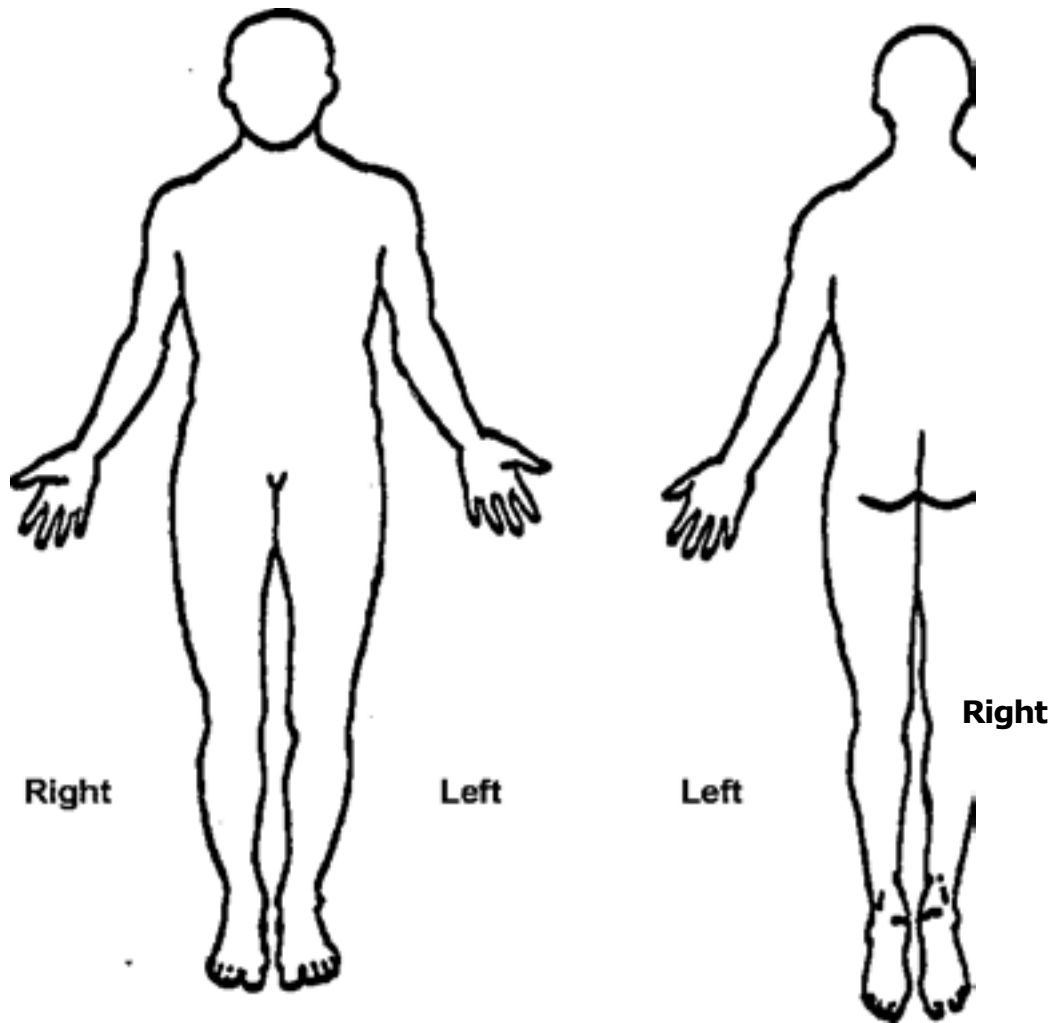
¿Dónde y quién lo trato?

- Rayos X
- EMG
- MRI
- Inyección muscular
- Terapia física
- Anti-inflamatorios
- Relajantes musculares
- Píldoras para el dolor
- Cirugía
- Epidural

Por favor marque en el diagrama del cuerpo aquí abajo las áreas donde usted siente sensaciones, como definidas abajo. Utilice las letras apropiadas que corresponden a la descripción y colóquelas en el dibujo en las partes afectadas de su cuerpo, asegúrese de incluir todas las áreas afectadas.

DEFINICION DE SENSACIONES:

A= Dolor B=Sensación de quemadura N=Entumecido o dormido
PN=De agujas o alfileres enterrados S= Como una cuchillada



Derecha: *Right* Izquierda: *Left* Izquierda: *Left* Derecha: *Right*

Marque con una X aquí abajo indicando que tanto dolor tiene en estos momentos:

No tengo dolor Tengo dolor Tengo mucho dolor Tengo el peor dolor que he tenido en mi vida

Aquí concluye su expediente e historial médico. Muchas gracias.