



Nombre del Paciente: _____

Dolencia Principal: (encierre con un círculo) Síntomas de dolor en cuello/extremidad superior/brazo Síntomas de dolor de espalda/extremidad inferior/pierna			
¿Cuándo comenzó el dolor? (fecha aproximada)		¿El dolor comenzó gradualmente o en forma repentina? (encierre con un círculo)	
¿Cómo comenzó? (encierre con un círculo) Accidente automovilístico Caída Al levantar peso Al agacharse Al jalar Al torcerse Golpe en la espalda Estiramiento Otro: _____		En caso de lesión, describa:	
Síntomas de Dolor en Cuello/Extremidad superior/Brazo			
¿Tiene dolor de brazo? (encierre en un círculo) Sí No ¿Qué brazo? Derecho Izquierdo Ambos		¿Tiene entumecimiento en los brazos? (encierre en un círculo) Sí No	
¿Tiene debilidad en el brazo? (encierre con un círculo) Sí No		Si responde que sí, describa la debilidad:	
¿Qué porcentaje es dolor de BRAZO en comparación con el dolor de CUELLO? _____ % BRAZO + _____ % CUELLO = 100%			
¿Qué porcentaje es dolor de BRAZO DERECHO en comparación con el dolor de BRAZO IZQUIERDO? _____ % DERECHO + _____ % IZQUIERDO = 100%			
Síntomas de dolor de espalda/extremidad inferior/pierna			
¿Tiene dolor de pierna? (encierre en un círculo) Sí No ¿Qué pierna? Derecho Izquierdo Ambos		¿Tiene entumecimiento en las piernas? (encierre con un círculo) Sí No	
¿Tiene debilidad de pierna? (encierre con un círculo) Sí No		Si responde que sí, describa la debilidad:	
¿Qué porcentaje es dolor de PIERNA en comparación con el dolor de ESPALDA? _____ % PIERNA + _____ % ESPALDA = 100%			
¿Qué porcentaje es dolor de PIERNA DERECHA en comparación con el dolor de PIERNA IZQUIERDA? _____ % DERECHO + _____ % IZQUIERDO = 100%			
MI DOLOR ES... (encierre en un círculo, si corresponde)			
Con la tos o los estornudos	Mejor	Peor	Sin diferencia
Al sentarse	Mejor	Peor	Sin diferencia
Al agacharse hacia adelante	Mejor	Peor	Sin diferencia
Al agacharse hacia atrás	Mejor	Peor	Sin diferencia
Acostado sobre la espalda	Mejor	Peor	Sin diferencia
Parado	Mejor	Peor	Sin diferencia
Al caminar	Mejor	Peor	Sin diferencia
<i>Si responde peor, ¿cuánto tiempo es capaz de caminar antes de que comience el dolor?</i>			

¿HA TOMADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES? (encierre en un círculo, si corresponde)	
AINES	Sí No Mejor Peor Sin diferencia
Esteroides orales (es decir Medrol, prednisona)	Sí No Mejor Peor Sin diferencia
Medicamentos narcóticos para el dolor	Sí No Mejor Peor Sin diferencia
Lyrice/gabapentina	Sí No Mejor Peor Sin diferencia
Relajantes musculares	Sí No Mejor Peor Sin diferencia
Fisioterapia	Sí No Mejor Peor Sin diferencia Duración: _____
Quiropráctico	Sí No Mejor Peor Sin diferencia Duración: _____
Programa de ejercicios en casa	Sí No Mejor Peor Sin diferencia Duración: _____
Corsé	Sí No Mejor Peor Sin diferencia Duración: _____
Inyecciones	Sí No Mejor Peor Sin diferencia
<i>Si responde que sí, ¿quién le aplicó las inyecciones y cuándo?:</i>	
Cirugía de columna vertebral previa	Sí No Mejor Peor Sin diferencia
¿Ha hecho alguna de las siguientes opciones para su cuello/espalda? (encierre en un círculo, si corresponde)	
Sala de emergencias	Si responde que sí, ¿cuándo y dónde?
Manejo del dolor	Si responde que sí, ¿cuándo y dónde?
IRM	Si responde que sí, ¿cuándo y dónde?
Radiografía	Si responde que sí, ¿cuándo y dónde?
Tomografía computarizada	Si responde que sí, ¿cuándo y dónde?
Mielograma	Si responde que sí, ¿cuándo y dónde?
EMG (estudio de conducción nerviosa)	Si responde que sí, ¿cuándo y dónde?
Escaneo óseo	Si responde que sí, ¿cuándo y dónde?

Escala del Dolor:

Instrucciones: Por favor, califique su dolor en promedio durante la última semana en una escala de 0-10, 0 = sin dolor, 10 = el peor dolor de toda su vida (encierre en un círculo)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento _____ Fecha: _____

Austin Brain and Spine | 3000 N IH 35 Suite 600 Austin, TX 78705 | TEL. 512-306-1323