



Welcome

Welcome to the Center for Pain Management. It is our pleasure to be of service to you. Our mission is to provide excellent patient care, to promote research and to provide educational opportunities to our physicians.

Location:

UC Irvine Gottschalk Medical Plaza
1 Medical Plaza Dr (Building 820)
Irvine, CA 92697

Pavilion 1, 2nd Floor
101 The City Drive South
Orange, CA 92868

Tustin
1451 Irvine Blvd.
Tustin, CA 92780

The following information will help you expedite your appointment:

- For all new patients, you are required to check in with the receptionist at least 30 minutes prior to your scheduled appointment time.
- Please note that if you are more than 20 minutes late, your appointment may have to be rescheduled in order to accommodate those patients that are scheduled and have arrived on time.
- Please request medical records from the previous doctor treating this condition. Please request any tests, reports, recent x-rays, MRI's, EMG's, films or CD's containing such material. We require these to be brought to the first visit.
- Please bring a list of medications that you are currently taking. We also encourage bringing in your actual medications for our review.
- Please complete the enclosed questionnaire and bring to your appointment, your health history is very important to us. We have enclosed a map to assist you in finding our office and parking facilities.
- If you are unable to keep your appointment, we would appreciate a call at least 48 hours in advance so that other patients may be accommodated. We appreciate your consideration in this regard. Please feel free to call our patient scheduling center at (949) 824-7246 or (949) UCI-PAIN.

Thank you for assisting us in providing you with the best possible care.

Sincerely,
The Center for Pain Management at UC Irvine

(949) 824-7246 or (949) UCI-PAIN
FAX (949) 824-8417



88878



FORMULARIO DE EVALUACIÓN DEL PACIENTE

Bienvenido

Bienvenido al Centro para el Manejo del Dolor. Nos da mucho gusto poder servirle. Nuestra misión es ofrecer una excelente atención médica al paciente, fomentar la investigación y brindar oportunidades de desarrollo profesional a nuestros médicos.

Lugar:

UC Irvine Gottschalk Medical Plaza 1 Medical Plaza Dr (edificio 820) Irvine, CA 92697	Pabellón 1, 2.º piso 101 The City Drive South Orange, CA 92868	Tustin 1451 Irvine Blvd. Tustin, CA 92780
---	--	---

La siguiente información le ayudará a programar su cita más rápido:

- Todos los pacientes nuevos deben registrarse con el/la recepcionista a más tardar 30 minutos antes de la hora de su cita programada.
- Tenga en cuenta que, si llega más de 20 minutos tarde, su cita tendrá que ser reprogramada para poder atender a los pacientes que ya están programados y que llegaron a tiempo a sus citas.
- Solicite el expediente médico a su médico anterior que estaba atendiendo esta afección. Pida todos los exámenes, informes, radiografías, imágenes de resonancia magnética, electromiografías, películas o discos compactos que incluyan esos resultados. Debe traerlos a su primera cita.
- Traiga una lista de los medicamentos que está tomando actualmente. También le recomendamos traer sus medicamentos para revisarlos.
- Responda el cuestionario adjunto y llévelo a su cita; su historial clínico es muy importante para nosotros. Hemos incluido un mapa para ayudarle a localizar el estacionamiento y nuestros consultorios.
- Si no puede llegar a tiempo a su cita, agradeceremos que nos llame con al menos 48 horas de anticipación, para poder acomodar a otros pacientes. Agradecemos su cooperación en este sentido. Comuníquese con toda confianza a nuestro centro de programación de citas a pacientes llamando al (949) 824-7246, o al (949) UCI-PAIN.

Muchas gracias por ayudarnos a ofrecerle la mejor atención médica posible.

Atentamente,
El Centro para el Manejo del Dolor en UC Irvine

(949) 824-7246 o (949) UCI-PAIN
FAX (949) 824-8417





Patient Label

PATIENT ASSESSMENT FORM

Patient Information Form

Your Name: _____ Today's Date: _____

Referred by: Physician Name: _____

Address: _____

Self Referral

Website

Other: _____

Are you on Workman's Compensation?: Yes No

Disability Income?: Yes No

Are you in litigation (lawsuit)?: Yes No

If yes:

Name of Attorney: _____

Case Number: _____

We should send reports to:

Physician: _____ Address: _____

Physician: _____ Address: _____

Physician: _____ Address: _____

Lawyer: _____ Address: _____

Case Manager: _____ Address: _____



Patient Label

FORMULARIO DE EVALUACIÓN DEL PACIENTE

Formulario informativo para el paciente

Nombre: _____ Fecha de hoy: _____

Derivado por: Médico Nombre: _____

Dirección: _____

Derivación propia

Sitio web

Otro: _____

¿Está usted en Indemnización por enfermedad y/o accidente laboral del trabajador?: Sí No

¿Ingresos por incapacidad?: Sí No

¿Está usted en un litigio (demanda legal)?: Sí No

Si la respuesta es "Sí":

Nombre del abogado: _____

Número de caso: _____

Debemos enviar los informes a:

Médico: _____ Dirección: _____

Médico: _____ Dirección: _____

Médico: _____ Dirección: _____

Abogado: _____ Dirección: _____

Administrador de caso: _____ Dirección: _____



Patient Assessment Form

Please complete this form today before your first appointment. Your careful answers will help us understand your pain problems and design the best treatment program for you. You may feel concerned about what happens to the information you provide, as much of it is personal. Our records are confidential. No outsider is permitted to see your case record without your written permission, unless we are required by law (eg. Workman's Compensation Claims).

Name: _____ Age: _____

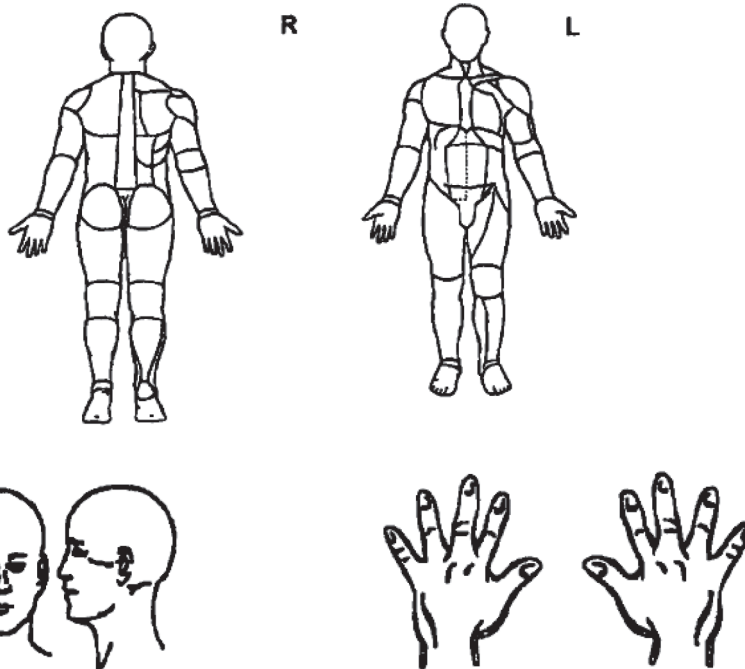
What is your gender?: female male

What is your ethnicity?: Caucasian African American Hispanic Latino Asian
 Pacific Islander American Indian Eastern Indian

What is the major reason you are coming to see the doctor (chief complaint)?:

Where is the pain?:

Mark an "X" on the figure below where your pain starts and show where it goes with an arrow:





Patient Label

FORMULARIO DE EVALUACIÓN DEL PACIENTE

Formulario de evaluación del paciente

Llene este formulario hoy mismo antes de su primera cita. Sus respuestas bien pensadas nos ayudarán a entender sus problemas de dolor a fin de diseñar el mejor plan de tratamiento para usted. Quizá le preocupe un poco lo que pueda suceder con la información que proporcione, ya que en su mayoría es personal. Pero nuestros registros son confidenciales. Ninguna persona ajena puede ver sus expedientes sin una autorización por escrito, excepto cuando sea requerido por la ley (p. ej., en los casos de demandas de indemnización por enfermedad y/o accidente laboral del trabajador).

Nombre: _____ Edad: _____

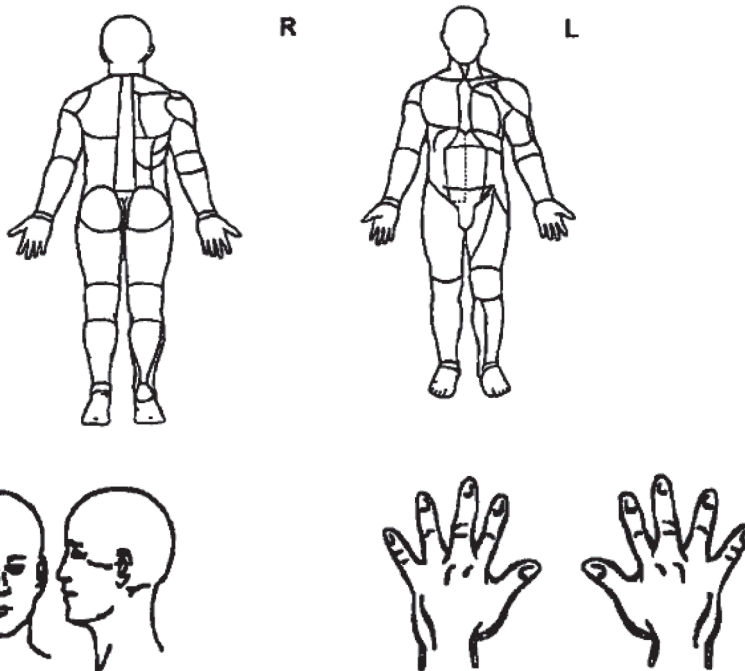
Sexo: femenino masculino

Origen étnico: Caucásico Afroamericano Hispano Latino Asiático
 Isleño del pacífico Indoamericano Indio del este

¿Cuál es la razón principal por la que viene a ver al médico (molestia principal)?

¿Dónde siente el dolor?

En la figura a continuación, marque con una "X" donde comienza su dolor e indique con una flecha hacia dónde se pasa:





Patient Label

PATIENT ASSESSMENT FORM

Patient Assessment Form

How long have you had this pain?: _____

When did it start?: _____

What were you doing when the pain first started?:

How long does the pain last?: constant intermittent

Does the pain occur at specific times?: No Yes

If yes, describe: _____

Describe your pain: (mark applicable)

- | | | | |
|--|-----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Throbbing | <input type="checkbox"/> Shooting | <input type="checkbox"/> Stabbing | <input type="checkbox"/> Sharp |
| <input type="checkbox"/> Dull | <input type="checkbox"/> Cramping | <input type="checkbox"/> Gnawing | <input type="checkbox"/> Hot Burning |
| <input type="checkbox"/> Aching | <input type="checkbox"/> Heavy | <input type="checkbox"/> Tender | <input type="checkbox"/> Splitting |
| <input type="checkbox"/> Tiring-Exhausting | | | |

1. Describe your pain at its WORST:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

No Pain. Pain as bad as you can imagine.

2. Describe your pain at its BEST:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

No Pain. Pain as bad as you can imagine.

3. Describe your AVERAGE pain level:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

No Pain. Pain as bad as you can imagine.



Patient Label

FORMULARIO DE EVALUACIÓN DEL PACIENTE

Formulario de evaluación del paciente

¿Cuánto tiempo hace que tiene este dolor? _____

¿Cuándo comenzó? _____

¿Qué estaba haciendo la primera vez que sintió este dolor?

¿Cuánto tiempo dura el dolor? constante intermitente

¿Este dolor aparece en momentos específicos? No Sí

Si la respuesta es "Sí", describa: _____

Describe su dolor: (marque lo que corresponda)

Palpitante

Punzante

Lancinante

Agudo

Sordo

Calambre

Persistente

Ardor

Molestia

Intenso

Sensible

Cortante

Agotador-Extenuante

1. Describa el dolor en su PEOR momento:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sin dolor.

El peor dolor que se pueda imaginar.

2. Describa el dolor en su MEJOR momento:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sin dolor.

El peor dolor que se pueda imaginar.

3. Describa su nivel de dolor PROMEDIO:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sin dolor.

El peor dolor que se pueda imaginar.



Patient Label

PATIENT ASSESSMENT FORM

Patient Assessment Form

Relieving and Aggravating Factors

How do the following affect your pain?: (mark applicable)

	Decrease	Increase	No Change
1. Lying Down	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Standing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Sitting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Walking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Exercise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Medications	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Relaxation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Thinking about something else	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Coughing/Sneezing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Urination	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Bowel Movements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

If any of the above do not apply, please describe what makes your pain WORSE?:

If any of the above do not apply, please describe what makes your pain BETTER?:

Functional Limitations

During the past month, which activities have you avoided because of pain: (mark applicable)

- Going to Work
 Performing Household Chores
 Having Sexual Relations
 Driving
 Caring for Self

Can you climb ONE (1) flight of stairs?: Yes No

Can you walk ONE HUNDRED (100) yards?: Yes No



FORMULARIO DE EVALUACIÓN DEL PACIENTE

Formulario de evaluación del paciente

Factores de alivio o agravantes

¿Cómo afectan su dolor los siguientes factores? (marque lo que corresponda)

	Disminuye	Aumenta	No cambia
1. Acostado(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Parado(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Sentado(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Caminar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ejercicio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Relajación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Pensar en otra cosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Toser/Estornudar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Orinar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Evacuación intestinal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si ninguno de los factores anteriores corresponde, describa lo que EMPEORA su dolor:

Si ninguno de los factores anteriores corresponde, describa lo que MEJORA su dolor:

Limitaciones funcionales

En el mes pasado, ¿cuáles actividades evitó hacer por causa del dolor? (marque lo que corresponda)

- Ir a trabajar
 Realizar los quehaceres domésticos
 Tener relaciones sexuales
 Conducir
 Cuidado personal

¿Puede subir UN (1) piso de escaleras? Sí No

¿Puede caminar CIEN (100) yardas?: Sí No



Patient Assessment Form

Treatment History

1. Which of the following types of caregivers have you visited prior to your arrival here?

- checkbox family physician (includes general, practitioner, internist, gynecologist, etc.)
checkbox orthopedic surgeon
checkbox neurosurgeon
checkbox anesthesiologist
checkbox other pain management (name)
checkbox sports medicine
checkbox rheumatologist
checkbox occupational medicine
checkbox rehabilitation medicine
checkbox osteopathic physician
checkbox biofeedback
checkbox alternative medicine
checkbox chiropractor
checkbox acupuncturist

2. Which of the following test have you undergone prior to your arrival here today?

- checkbox x-rays
checkbox CAT scan
checkbox MRI scan
checkbox EMG test
checkbox discogram
checkbox neural block
checkbox myelogram

Please bring all film results with you to your clinic visit.

3. Have you had any of the following interventions done for your pain?

- checkbox TENS/nerve stimulator
checkbox ultrasound
checkbox heat
checkbox cold
checkbox cryotherapy
checkbox Injection to your back: epidural steroids
checkbox Nerve block injections (not steroids).
checkbox Trigger point injections
checkbox Facet injections
checkbox Sacroiliac joint injections
checkbox other joint injections:
checkbox Diskography

4. Have you undergone any of the following for this neck or back pain?

- checkbox bed rest
checkbox lumbar traction
checkbox exercises
checkbox physical therapy
checkbox manipulations
checkbox mobilization
checkbox medications
checkbox prolotherapy
checkbox therapeutic injections of any kind
checkbox acupuncture
checkbox biofeedback
checkbox hypnosis
checkbox counseling
checkbox education
checkbox loss of work



FORMULARIO DE EVALUACIÓN DEL PACIENTE

Formulario de evaluación del paciente

Historial del tratamiento

1. ¿Cuáles de los siguientes tipos de cuidadores ha visitado usted antes de venir aquí?

- Médico familiar (incluido médico general, practicante, internista, ginecólogo, etc.)
- Cirujano ortopédico Neurocirujano Anestesiólogo
- Otro manejo del dolor (nombre) _____
- Medicina deportiva Reumatólogo Medicina ocupacional
- Medicina de rehabilitación Médico osteópata Biorretroalimentación
- Medicina alternativa Quiropráctico Acupunturista

2. ¿Cuáles de los siguientes exámenes se ha realizado antes de venir aquí hoy?

- Radiografías Exploración por tomografía axial computarizada (CAT) Exploración por imagen de resonancia magnética (MRI) Electromiografía (EMG)
- Discograma Bloqueo neurolítico Mielograma

Cuando venga a la clínica, traiga todos los resultados de sus exámenes.

3. ¿Ha recibido alguna de las siguientes intervenciones para tratar su dolor?

- Estimulación neuroeléctrica transcutánea (TENS)/estimulador nervioso Ultrasonido Calor Frío
- Crioterapia
- Inyección en la espalda: epidural
En ese caso, ¿cuántas veces? 1 2 3 4 o más
- Inyecciones de bloqueo nervioso (no esteroides).
En ese caso, ¿cuántas veces? 1 2 3 4 o más
- Inyecciones en puntos “gatillo”
En ese caso, ¿cuántas veces? 1 2 3 4 o más
- Inyecciones facetarias Inyecciones en la articulación sacroilíaca Otras inyecciones en articulaciones: _____
- Discografía

4. ¿Se ha sometido a alguno de los siguientes a causa de este dolor de cuello o espalda?

- Reposo en cama Tracción lumbar Ejercicios Fisioterapia
- Manipulaciones Movilización Medicamentos Proloterapia
- Inyecciones terapéuticas de cualquier tipo Acupuntura Biorretroalimentación
- Hipnosis Asesoría Educación Pérdida de trabajo



Patient Label

PATIENT ASSESSMENT FORM

Patient Assessment Form

Past Medical History

Drug Allergies and Reactions:

Name	Type of Reaction

Medications (Current):

Name	Dosage	How Often?

Which of the following medicines have you taken in your past? (mark applicable):

- Tylenol® acetaminophen
- Motrin® Ibuprofen Sulindac Diclofenac Etodolac Celebrex Vioxx®
- Muscle relaxants Flexeril Soma Robaxin Skelaxin Zanaflex
- Opioids morphine Methadone® Percocet® Darvocet® Vicodin
- Lortab Fentanyl
- By mouth: steroids Medrol® dose pack
- Tegretol® Neurontin® Topamax® Trileptal
- Amitriptyline® Nortriptyline® Imipramine® Desipramine® Sinequan®
- Cymbalta Effexor
- Benzodiazepines Valium Ativan Klonopin Xanax



FORMULARIO DE EVALUACIÓN DEL PACIENTE

Formulario de evaluación del paciente

Historial médico anterior

Alergias y reacciones a fármacos:

Nombre	Tipo de reacción

Medicamentos (actuales):

Nombre	Dosis	¿Frecuencia?

¿Cuáles de los siguientes medicamentos ha tomado anteriormente? (marque lo que corresponda):

- Tylenol® Acetaminofeno
- Motrin® Ibuprofeno Sulindaco Diclofenaco Etodolaco Celebrex Vioxx®
- Relajantes musculares Flexeril Soma Robaxin Skelaxin Zanaflex
- Opioides Morfina Metadona® Percocet® Darvocet® Vicodin
- Lortab Fentanilo
- Vía oral: Esteroides Paquete de dosis de Medrol®
- Tegretol® Neurontin® Topamax® Trileptal
- Amitriptilina® Nortriptilina® Imipramina® Desipramina® Sinequan®
- Cymbalta Effexor
- Benzodiacepinas Valium Ativan Klonopin Xanax



Patient Label

FORMULARIO DE EVALUACIÓN DEL PACIENTE

Formulario de evaluación del paciente

Problemas médicos:

Nombre:

Fecha:

Tipo de reacción:

Nombre:	Fecha:	Tipo de reacción:

Cirugías:

Nombre de la cirugía

Fecha de la cirugía

Nombre de la cirugía	Fecha de la cirugía

¿Ha tenido alguna de las siguientes intervenciones quirúrgicas anteriormente?

- Discectomía realizada en el año _____
- Laminectomía realizada en el año _____
- Cirugía de estimulador temporal de la médula espinal realizada en el año _____
- Cirugía de estimulador permanente de la médula espinal realizada en el año _____
- Cirugía de caja intersomática o dispositivo lumbar-sacro realizada en el año _____
- Cirugía de bomba implante y catéter realizada en el año _____

Indique CIRUGÍAS ADICIONALES y sus fechas:



Patient Assessment Form

Social History

Any use of tobacco? (type and for how long):

Any use of alcohol? (type and for how long):

Any use of recreational drugs? (type and for how long):

Any exposure to toxins/poisonous substances at work or with hobbies?:

What type of work do you do?: _____

Education: Grade School High School College Post-Graduate Vocational Training

Marital Status: Single Married Divorced Separated Widowed

Childhood History of Emotional Trauma

Physical Abuse: Yes No

Sexual Abuse: Yes No

Abandonment by caregivers: Yes No

Alcohol or drug use by caregivers: Yes No

Emotional neglect/abuse: Yes No

Family History

Mother: Living Deceased Ages: ____ Health issues: _____

Father: Living Deceased Ages: ____ Health issues: _____

Brother(s): #: ____ Living Deceased Ages: ____ Health issues: _____

Living Deceased Ages: ____ Health issues: _____

Living Deceased Ages: ____ Health issues: _____

Sister(s): #: ____ Living Deceased Ages: ____ Health issues: _____

Living Deceased Ages: ____ Health issues: _____

Living Deceased Ages: ____ Health issues: _____



FORMULARIO DE EVALUACIÓN DEL PACIENTE

Formulario de evaluación del paciente

Antecedentes sociales

¿Uso de tabaco? (tipo y por cuánto tiempo):

¿Uso de alcohol? (tipo y por cuánto tiempo):

¿Uso de drogas recreativas? (tipo y por cuánto tiempo):

¿Cualquier exposición a tóxicos o sustancias tóxicas en el trabajo o por pasatiempos?:

¿Qué tipo de trabajo hace?:

Educación: Grado escolar Preparatoria Universidad Posgrado Capacitación vocacional

Estado civil: Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Separado(a) Viudo(a)

Antecedentes de traumas emocionales de la infancia

Abuso físico: Sí No

Abuso sexual: Sí No

Abandono de cuidadores: Sí No

Uso de alcohol o drogas de los cuidadores: Sí No

Abuso o negligencia emocional: Sí No

Antecedentes familiares

Madre: Vive Fallecida Edad: ____ Problemas de salud: _____

Padre: Vive Fallecida Edad: ____ Problemas de salud: _____

Hermano(s): Cant.: ____ Vive Fallecida Edad: ____ Problemas de salud: _____

Vive Fallecida Edad: ____ Problemas de salud: _____

Vive Fallecida Edad: ____ Problemas de salud: _____

Hermana(s): Cant.: ____ Vive Fallecida Edad: ____ Problemas de salud: _____

Vive Fallecida Edad: ____ Problemas de salud: _____

Vive Fallecida Edad: ____ Problemas de salud: _____



Patient Assessment Form

Review of Systems

Please mark any symptoms you currently have:

“constitutional” <input type="checkbox"/> no problems	<input type="checkbox"/> fever <input type="checkbox"/> night sweats	<input type="checkbox"/> weight loss	<input type="checkbox"/> fatigue
“eye problems” <input type="checkbox"/> no problems	<input type="checkbox"/> blurred vision <input type="checkbox"/> eye pain	<input type="checkbox"/> double vision <input type="checkbox"/> eye redness	<input type="checkbox"/> loss of vision <input type="checkbox"/> eye dryness
“ear/nose/throat” <input type="checkbox"/> no problems	<input type="checkbox"/> trouble hearing <input type="checkbox"/> loss of balance	<input type="checkbox"/> ringing in ear(s) <input type="checkbox"/> ear pain	<input type="checkbox"/> dizziness (vertigo) <input type="checkbox"/> ear discharge
“cardiovascular” <input type="checkbox"/> no problems	<input type="checkbox"/> chest pain <input type="checkbox"/> limb swelling	<input type="checkbox"/> irregular heart beat <input type="checkbox"/> limb pain on walking	<input type="checkbox"/> high blood pressure <input type="checkbox"/> fainting
“respiratory” <input type="checkbox"/> no problems	<input type="checkbox"/> trouble breathing	<input type="checkbox"/> chronic cough	<input type="checkbox"/> coughing blood
“gastrointestinal” <input type="checkbox"/> no problems	<input type="checkbox"/> indigestion <input type="checkbox"/> nausea <input type="checkbox"/> diarrhea	<input type="checkbox"/> heart burn <input type="checkbox"/> vomiting <input type="checkbox"/> constipation	<input type="checkbox"/> abdominal pain <input type="checkbox"/> regurgitation <input type="checkbox"/> bloody stools
“genitourinary” <input type="checkbox"/> no problems	<input type="checkbox"/> incontinence <input type="checkbox"/> impotence	<input type="checkbox"/> pain on urination <input type="checkbox"/> pain in sexual relations	<input type="checkbox"/> blood in urine
“musculoskeletal” <input type="checkbox"/> no problems	<input type="checkbox"/> muscle pain <input type="checkbox"/> loss of muscle bulk <input type="checkbox"/> joint pain	<input type="checkbox"/> muscle cramp <input type="checkbox"/> neck pain <input type="checkbox"/> joint stiffness	<input type="checkbox"/> muscle twitches <input type="checkbox"/> back pain <input type="checkbox"/> joint swelling
“skin & breast” <input type="checkbox"/> no problems	<input type="checkbox"/> numbness <input type="checkbox"/> hair loss	<input type="checkbox"/> tingling <input type="checkbox"/> nail change	<input type="checkbox"/> discoloration <input type="checkbox"/> sweating change
“neurologic” <input type="checkbox"/> no problems	<input type="checkbox"/> headache <input type="checkbox"/> weakness <input type="checkbox"/> blackouts <input type="checkbox"/> “pins and needles” feeling	<input type="checkbox"/> face pain <input type="checkbox"/> tremors <input type="checkbox"/> trouble with memory	<input type="checkbox"/> face numbness <input type="checkbox"/> seizures <input type="checkbox"/> trouble concentrating <input type="checkbox"/> loss of sensation in limbs
“psychiatric” <input type="checkbox"/> no problems	<input type="checkbox"/> hallucinations <input type="checkbox"/> suicidal thoughts	<input type="checkbox"/> feeling depressed <input type="checkbox"/> inappropriate crying	<input type="checkbox"/> trouble sleeping <input type="checkbox"/> inappropriate
“hematologic/lymphatic” <input type="checkbox"/> no problems	<input type="checkbox"/> abnormal bleeding	<input type="checkbox"/> anemia	<input type="checkbox"/> lumps or swelling
“allergic/immunologic” <input type="checkbox"/> no problems	<input type="checkbox"/> skin rash	<input type="checkbox"/> joint pain	<input type="checkbox"/> dry eyes and/or dry mouth
“endocrine” <input type="checkbox"/> no problems	<input type="checkbox"/> excessive thirst	<input type="checkbox"/> excessive urination	<input type="checkbox"/> heat or cold intolerance

For office use:

This questionnaire may be completed by the patient, relatives or ancillary staff provided that is signed and dated by the physician. (Reference may later be made to this information by a signed and dated statement by the treating physician, designating location the information, date obtained and any subsequent changes.)

Physician's Signature: _____ Date: _____



FORMULARIO DE EVALUACIÓN DEL PACIENTE

Formulario de evaluación del paciente

Revisión de los sistemas

Marque cualquier síntoma que tenga actualmente:

“constitucional” <input type="checkbox"/> Sin problemas	<input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Sudoración nocturna	<input type="checkbox"/> Pérdida de peso	<input type="checkbox"/> Fatiga
“problemas oculares” <input type="checkbox"/> Sin problemas	<input type="checkbox"/> Visión borrosa <input type="checkbox"/> Dolor en los ojos	<input type="checkbox"/> Visión doble <input type="checkbox"/> Enrojecimiento de los ojos	<input type="checkbox"/> Pérdida de la visión <input type="checkbox"/> Resequedad de los ojos
“Oídos/nariz/garganta” <input type="checkbox"/> Sin problemas	<input type="checkbox"/> Dificultad para oír <input type="checkbox"/> Pérdida del equilibria	<input type="checkbox"/> Zumbido en el(los) oído(s) <input type="checkbox"/> Dolor del(de los) oído(s)	<input type="checkbox"/> Mareo (vértigo) <input type="checkbox"/> Secreción del oído
“Cardiovascular” <input type="checkbox"/> Sin problemas	<input type="checkbox"/> Dolor de pecho <input type="checkbox"/> Hinchazon en extremidades	<input type="checkbox"/> Ritmo cardíaco irregular <input type="checkbox"/> Dolor de piernas al caminar	<input type="checkbox"/> Presión arterial alta <input type="checkbox"/> Desmayos
“Sistema respiratorio” <input type="checkbox"/> Sin problemas	<input type="checkbox"/> Dificultad para respirar	<input type="checkbox"/> Tos crónica	<input type="checkbox"/> Sangrado al toser
“Gastrointestinal” <input type="checkbox"/> Sin problemas	<input type="checkbox"/> Indigestión <input type="checkbox"/> Náusea <input type="checkbox"/> Diarrea	<input type="checkbox"/> Acidez estomacal <input type="checkbox"/> Vómitos <input type="checkbox"/> Estreñimiento	<input type="checkbox"/> Dolor abdominal <input type="checkbox"/> Reflujo <input type="checkbox"/> Heces con sangre
“Sistema genitourinario” <input type="checkbox"/> Sin problemas	<input type="checkbox"/> Incontinencia <input type="checkbox"/> Impotencia	<input type="checkbox"/> Dolor al orinar <input type="checkbox"/> Dolor al tener relaciones sexuales	<input type="checkbox"/> Sangre en la orina
“Sistema musculoesquelético” <input type="checkbox"/> Sin problemas	<input type="checkbox"/> Dolor muscular <input type="checkbox"/> Pérdida de masa muscular <input type="checkbox"/> Dolor articular	<input type="checkbox"/> Calambre muscular <input type="checkbox"/> Dolor de cuello <input type="checkbox"/> Rigidez articular	<input type="checkbox"/> Espasmos musculares <input type="checkbox"/> Dolor de espalda <input type="checkbox"/> Inflamación articular
“Piel y seno” <input type="checkbox"/> Sin problemas	<input type="checkbox"/> Entumecimiento <input type="checkbox"/> Pérdida de cabello	<input type="checkbox"/> Hormigueo <input type="checkbox"/> Cambios en las uñas	<input type="checkbox"/> Decoloración <input type="checkbox"/> Cam bios en el sudor
“Sistema neurológico” <input type="checkbox"/> Sin problemas	<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza <input type="checkbox"/> Debilidad <input type="checkbox"/> Desvanecimientos <input type="checkbox"/> Sensación de “hormigueo y piquetes”	<input type="checkbox"/> Dolor de cara <input type="checkbox"/> Temblores <input type="checkbox"/> Problemas de memoria	<input type="checkbox"/> Entumecimiento de la cara <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Dificultad para concentrarse <input type="checkbox"/> Pérdida de sensibilidad en extremidades
“Psiquiatría” <input type="checkbox"/> Sin problemas	<input type="checkbox"/> Alucinaciones <input type="checkbox"/> Pensamientos suicidas	<input type="checkbox"/> Sentimiento de depresión <input type="checkbox"/> Llanto inapropiado	<input type="checkbox"/> Dificultad para dormir <input type="checkbox"/> inapropiado
“Sistema hematológico/linfático” <input type="checkbox"/> Sin problemas	<input type="checkbox"/> Sangrado anormal	<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Abultamientos o inflamación
“Sistema inmunológico/alergias” <input type="checkbox"/> Sin problemas	<input type="checkbox"/> Sarpullido	<input type="checkbox"/> Dolor articular	<input type="checkbox"/> Resequedad de los ojos o la boca
“Sistema endocrino” <input type="checkbox"/> Sin problemas	<input type="checkbox"/> Sed excesiva	<input type="checkbox"/> Orinado excesivo	<input type="checkbox"/> Intolerancia al calor o al frío

Para uso exclusivo del consultorio:

Este cuestionario puede ser llenado par el paciente, sus familiares o par el personal auxiliar, siempre y cuando sea firmado y fechado par el médico. (Se puede consultar posteriormente esta información par media de una declaración firmada y fechada par el médico tratante, indicando el lugar de la información, la fecha obtenida y cualquier cambia hecho posteriormente).

Firma del médico: _____ Fecha: _____