

FECHA: _____

HISTORIAL MÉDICO

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Lugar de Dolor: _____

Fecha del Inicio Dolor: _____

Medico de Atencion Primario: _____

Numero de Telefono de Medico Primario: _____

Dirección de Correo Electrónico: _____

Condiciones Médicas:

| | | |
|---|----|----|
| Ansiedad | si | no |
| Artritis | si | no |
| Asma | si | no |
| Cancer | si | no |
| Insuficiencia Cardíaca Congestiva | si | no |
| Trastornos de la Coagulación | si | no |
| Enfermedad pulmonar obstructiva crónica | si | no |
| Depresión | si | no |
| Diabetes | si | no |
| Mareos | si | no |
| Trombosis Venosa Profunda | si | no |
| Fibromialgia | si | no |
| Reflujo Gastroesofágico (GERD) | si | no |
| Dolores de Cabeza | si | no |

| | | |
|---------------------------------|----|----|
| Pérdida de la Audición | si | no |
| Cardiopatía | si | no |
| Hepatitis | si | no |
| VIH/Sida | si | no |
| Presión Alta | si | no |
| Ataque al Corazón | si | no |
| Trastorno de Nervioso o Musculo | si | no |
| Osteoporosis | si | no |
| Neumonía | si | no |
| Convulsiones | si | no |
| Problemas de la Piel | si | no |
| Derrame Cerebral | si | no |
| Enfermedad de Tiroides | si | no |
| Problemas de la Vista | si | no |

Alergias/Cómo le Afecta: _____

Medicamentos: _____

Fracturas/Cirugía: _____

Otras Condiciones Médicas: _____

Nivel de Dolor actual 0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

Nivel mas alto de Dolor (72 horas) /10

Nivel mas bajo de Dolor (72 horas) /10

0 = sin dolor, 10= el peor dolor imaginable