**Información del Paciente**:   
Nombre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
 Apellido Primero Medio

Dirección \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Calle

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
 Ciudad Estado Código Postal

Número de Teléfono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_ Edad:\_\_\_ Número de Seguro Social \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sexo: Masculino \_\_\_ Femenino: \_\_\_ Raza (W) \_\_\_ (B) \_\_\_ (H) \_\_\_ (A) \_\_\_ (I) \_\_\_ (O)\_\_\_

Estado Civil: Soltero \_\_ Casado \_\_ Divorciado \_\_ Separado \_\_ Viudo/a\_\_

Nombre del cónyuge: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Empleador del Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ocupación:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección del empleador:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

En caso de emergencia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
  
**Parte Responsable (Si no fuera el paciente):**   
Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
 Apellido Primero Medio   
  
Dirección \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
 Calle   
 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
 Ciudad Estado Código Postal

Número de Teléfono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Información Sobre Seguros:**

Compañía de Seguros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Plan: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Identificación del paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Número de grupo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tratar el nombre del medico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del médico de cabecera: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿A quién puedo dar las gracias por su referencia?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de: Matrimonios\_\_\_\_\_\_\_ Niños: \_\_\_\_\_\_ Niños en la casa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Con quién vive actualmente? Marque todas las que se aplican

Esposo/a\_\_\_\_\_\_ Hijos\_\_\_\_\_ Suegros\_\_\_\_\_ Padres\_\_\_\_\_ Solo \_\_\_\_\_\_

Otros \_\_\_\_\_\_ (Especifique) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

El más alto nivel de educación completado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Te sostenido una lesión en el trabajo? \_\_\_ Si \_\_\_ No

¿Son sus lesiones por accidentes relacionados? \_\_\_Si \_\_\_ No

¿Trabaja actualmente? \_\_\_Si \_\_\_ No

¿Está cubierto por un empleador o por una Unión empleado? \_\_\_Si \_\_\_ No

¿Está su cónyuge o miembro de la familia propia? \_\_\_Si \_\_\_ No

¿Tiene usted una policía de seguro de secundaria? \_\_\_Si \_\_\_ No

Yo entiendo y estoy de acuerdo en que, independiente mente de mi estado de seguro, yo soy el responsable por el saldo de mi cuenta para cualquiera de los servicios profesionales prestados. He leído toda la información proporcionada por complete y han contestado todas las preguntas a lo mejor de mi capacidad. Certifico que esta información es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento. Yo le notificará de cualquier cambio en mi situación o la información anterior

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del paciente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tutor/ Salud sustituto (si procede)

DOCTOR-PAITENT ACUERDO  
  
Este acuerdo se hace entre el Dr. Stanley Dennison, Jr., MD, MBA. / Advanced Pain Care, Inc., otros médicos de médicos, asistentes médicos, sus agentes, empleados, funcionarios, o cualquiera de los anteriores, en lo sucesivo denominado el "Doctor" y es la intención de las partes de este acuerdo para obligar a no solamente usted, sino también sus herederos, representantes personales, tutores o cualquier persona que deriven a través de o en nombre de la paciente.  
  
Se entiende además que en el caso de cualquier controversia o disputa que pudiera surgir entre el médico y el paciente, independientemente de si el litigio se refiere a los cuidados médicos prestados, o el pago de las tasas, o cualquier otro asunto que sea, el que las partes acuerdan que la controversia será resuelta mediante arbitraje, como prevé el Código de Arbitraje de la Florida, Capítulo 682, Estatutos de la Florida. Este arbitraje será vinculante. Cada parte elegirá un árbitro y los dos árbitros elegirán a un tercer árbitro. Cada parte tendrá derecho al descubrimiento previstos por la normativa 1.280-1.390, las Reglas de Procedimiento Civil de la Florida. El panel de arbitraje deberá conocer y resolver la controversia, y la decisión será vinculante para todas las partes, y puede ser aplicada por un tribunal de jurisdicción competente y del Condado de Hillsborough, Florida. Solicitud de arbitraje por cualquiera de las partes debe hacerse dentro de los plazos establecidos en la sección 95.11 de los Estatutos de la Florida se ocupan de negligencia médica.

Este acuerdo permanecerá en vigor durante todo el tratamiento y / o cirugía siempre que el paciente presente y en cualquier fecha futura.  
  
En fe de lo cual, Yo (nosotros) hemos fijado nuestras manos esta Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  
  
  
Doctor :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Paciente :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
  
Por :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Por :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
      Firma Agente Autorizado Firma del paciente  
  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Número de archivo  
  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Cónyuge del paciente (si procede)

**AUTORIZACIÓN PARA TODOS LOS PACIENTES**  
  
Yo autorizo la publicación de cualquier información médica necesaria para el proceso de los seguros privados y solicitar el pago de beneficios del seguro a Advanced Pain Care, Inc.  
  
Yo entiendo que mi seguro será presentado como una cortesía para mí. Estoy de acuerdo en ser responsable del pago de las tasas por los servicios prestados a mí por Stanley R. Dennison, Jr., MD, MBA. El hecho de que yo pueda tener un seguro que no me libere de mi Responsable personales de pago. Entiendo que si mi seguro no ha efectuado el pago dentro de los 60 días que será facturado y responsable por el saldo de la cuenta.  
  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Firma de paciente

**DE MEDICARE PACIENTE SÓLO   
 Autorización de la firma de Medicare Parte B**  
Autorizo a cualquier poseedor de información médica o de otro tipo a ser entregado a la administración de la seguridad social y atención de la administración sanitaria de financiación o sus intermediarios, transportistas, o al agente de facturación o el médico o proveedor, toda la información necesaria para este o relacionados con Medicare reclamaciones. Yo permito que una copia de la autorización para ser utilizado en lugar del original, y solicitar el pago de las prestaciones médicas ni a mí mismo r para la parte que acepta la asignación.

De Medicare pagará sólo servicies que determinan a ser razonable y **necessary** en la sección 1862(a) de la ley Medicare. A pesar de lo que debería ser cubierto, si Medicare determina que un determinado servicio. Creemos que, en su caso, Medicare pueden ser propensos a negar el pago de una de las razones siguientes: Diagnóstico y / o frecuencia de los exámenes. El personal del Dr. Dennison no tiene conocimiento previo de dichos servicios se realice dentro de los últimos seis meses.  
  
He sido notificado por Pare Advanced Care, Inc. que, en mi caso, Medicare pueden ser propensos a negar el pago de los servicios mencionados anteriormente, por la razón indicada. Si Medicare niega el pago, acepto Responsable de pago.  
  
  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Firma de Patentes

**Asignación de Beneficios**

Nombre del paciente :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
Empleador :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
Reclamación Grupo :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
SS # / ID #\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
  
Por la presente, instruir y direct\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ compañía de seguros para pagar por cheque y enviarlo por correo a:   
Advanced Pain Care, Inc.   
1921 West Martin Luther King Jr. Blvd..   
Tampa, FL 33607

O

 Si mi seguro medico actual prohíbe el pago directo al doctor, yo dirijo los denechos también instruir el cheque sea escrito en mi nombre y enviadoa

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Paciente

c / o Advanced Pain Care, Inc.   
 1921 West Martin Luther King Jr. Blvd.   
 Tampa, FL 33607   
 (813) 876-7600   
  
Para que los beneficios de gastos médicos o profesionales autorizados y de otro modo pagadero a mí pajo mi póliza de seguro actual como pago a los cargos totales de los servicios prestados profesional. ESTA ES UNA ASIGNACIÓN DIRECTA DE MIS DERECHOS Y BENEFICIOS bajo esta política. Este pago no excederá de mi deuda para con el cesionario mencionado, y han acordado pagar, en forma actual, el saldo de dichos gastos por servicios profesionales por encima de este pago del seguro.   
Una fotocopia de la cesión se considerará como ans eficaz válida como la original.   
También autorizo la liberación de información potentado a mi caso, a cualquier compañía de seguros, ajustador o abogado implicado en este caso

Firma el tiempo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Esté Mes: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Día de: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Firma del titular de la póliza Firma del testigo

**Forma Simple Acuerdo**

Advanced Pain Care, Inc.  
1921 West Martin Luther King Jr. Blvd.  
Tampa, FL 33607  
(813) 876-7600

Nombre del Paciente :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SS #\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**El paciente autoriza al médico para depositar los cheques recibidos por cuenta del paciente cuando se ha hecho a la paciente.**

Firma el tiempo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Esté Mes: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Día de: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Firma del titular de la póliza Firma del testigo

**Aviso De Prácticas De Privacidad**   
  
**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE SER UTILIZADA Y REVELADA Y COMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN POR FAVOR REVISE CUIDADOSAMENTE**.   
  
Nuestro compromiso aquí en Advanced Pain Care, Inc. es servir a nuestros clientes con profesionalismo y cuidado, asegurándose en todo momento para proteger la privacidad y la seguridad de toda la información médica Proteted.   
  
Durante el curso de servir a sus intereses puede ser necesario compartir información con otros Proveedores de atención médica o socios de negocios. Los siguientes son ejemplos de casos donde la información puede ser compartida   
  
Durante el tratamiento, podemos encontrar que es necesario adquirir un análisis de

Laboratorio.   
Durante el tratamiento, podemos encontrar que es necesario programar un   
Para fines de pago, podemos usar los servicios de un servicio de facturación.   
Durante las operaciones de atención de salud, puede necesitar una opinon segundo.   
  
Estamos aquí, en Advanced Pain Care, Inc. se compromete a obedecer todas las regulaciones federales, estatales y locales leyes y reglamentos relativos a las prácticas de privacidad. Si se necesita cualquier otro uso o divulgación de los mencionados anteriormente o, la información sólo se dará a conocer con la autorización por escrito puede ser revocado en cualquier momento por el interesado, conforme a lo dispuesto por la ley.   
  
Si usted tiene alguna pregunta o comentario acerca de su Información de Salud Protegida, no dude en contactar con nuestro Oficial de Cumplimiento al (813) 876-7600

He leído y entendido lo anterior y han recibido una notificación completa de prácticas de privacidad para mis archivos a solicitud.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Guardian / Salud sustituto (si procede)

**Solicitud y autorización de los registros médico**

**REQUEST AND AUTHORIZATION OF MEDICAL RECORDS**

Yo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ D.O.B. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ S.S.N. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
 (Nombre del paciente) (fecha de nacimiento) (Número de Seguro Social)

Medio de la presente solicitud y Autorizar que mis registros médicos a conocer a:  
Hereby request and Authorize that my medical records be released to:

Stanley R. Dennison, Jr. M.D., M.B.A

Advanced Pain Care, Inc.  
  
  
Si los registros deben ser enviados por fax, entiendo que los posibles errores de transmisión puede ocurrir a pesar de todas las precauciones que deben adoptarse para evitar que esto suceda. Por la presente Advanced Pain Care, Inc. de toda responsabilidad en caso de que ocurra.

If records are to be faxed, I understand that possible transmission errors may occur although every precaution will be taken to prevent this from happening. I hereby release Advanced Pain Care, Inc from any liability should this occur

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
 Firma del paciente (Patient Signature) Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Testigo Firma (Witness Signature) Fecha

**DESCRIPCIÓN DEL DOLOR**

¿Dónde le duele?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Cuándo comenzó?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Qué causó el dolor?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Cuándo empezó a ver un docotr sobre su problema de dolor?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
  
¿El dolor se debe a una sobre-la lesión en el trabajo? Si\_\_\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_\_  
  
Inicialmente, donde se localiza el dolor?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
  
Se ha extendido o cambios de ubicación?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
  
  
Para responder a cada pregunta abajo, por favor marque el número que más describe su dolor utilizando la escala de dolor de abajo.  
  
Esta es la escala de dolor que usamos para ayudarnos a entender cuánto dolor se siente:

**No Pain 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Peor Dolor Imaginable**

Ahora 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10   
 En su peor momento 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

En su major 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

La mayoria del tiempo 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Su dolor que parece cambiar de ubicación? Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_ (En caso afirmativo, sírvase describir) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Cómo describiría usted la duración de su dolor?

\_\_\_\_\_ Es constante y no cambia

\_\_\_\_\_ Viene en diferentes ataques o episodios, de lo contrario estoy sin dolor

\_\_\_\_\_ Es constante con el aumento y disminuciónes periódicas

\_\_\_\_\_ Otros (sírvase describir)

Si el dolor viene en diferentes ataques o episodios, ¿cuánto tiempo dura cada pasada? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
  
¿Tiene dolor en cuanto se despierte en la mañana? Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_   
Si no ¿Cuándo el dolor por lo general comienzaodas? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
  
¿Tiene tos o el estornudo aumentar su dolor? Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_   
  
¿Cómo afecta la actividad sexual que el dolor?   
  
Aumentar \_\_\_ Reduzca \_\_\_ Ningún efecto \_\_\_ No sabe \_\_\_ No es sexualmente activa \_\_\_   
  
¿Qué causa el dolor a AUMENTAR? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
  
¿Qué causa el dolor DISMINUYA? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
  
¿Cuántos médicos se han visto para su problema de dolor? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
  
¿Cuántas veces ha estado hospitalizado para su problema de dolor? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
¿Qué hospital: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
  
¿Cuántas veces has estado en la sala de emergencia para el dolor? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
Que la Sala de Emergencias: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
  
¿Qué operaciones u otros tratamientos ha recibido para su problema de dolor?

Tratamientos / Operaciones Fecha Resultados  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por favor escriba todos los medicamentos que está tomando.   
Medicina Dosis Número de píldoras Veces al día   
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
  
Los medicamentos que han tomado en el pasado:   
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
  
Reacciones a los medicamentos que ha tenido:   
Nombre de la droga Reacción   
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
¿Usted recibe la medicación de más de un médico? Sí\_\_\_ No\_\_\_   
Sírvase indicar los tratamientos que han intentado por su dolor y lo útil que cada uno era.

Cuánto alivio obtuvo?   
 0 = No Socorro 10 = Completa   
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10   
**Tratamiento Socorro**Calor \_\_\_\_\_\_   
Frio \_\_\_\_\_\_   
Tens Unit \_\_\_\_\_\_  
Acupuntura \_\_\_\_\_\_  
Biofeedback \_\_\_\_\_\_ Terapia Física \_\_\_\_\_\_   
Quiropráctica \_\_\_\_\_\_   
Ejercicio \_\_\_\_\_\_   
Masaje \_\_\_\_\_\_   
Tirantes / Camisas \_\_\_\_\_\_   
Reposo en cama \_\_\_\_\_\_   
Bloqueos nerviosos

Tracción

¿Cual tan seguido usted toma alcohol?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nunca \_\_\_\_\_\_\_\_\_1-2 veces a la semana

\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Menos de una ves al mes \_\_\_\_\_\_\_\_\_2-4 veces a la semana

\_\_\_\_\_\_\_\_\_1-3 veces al mes \_\_\_\_\_\_\_\_\_ todos los dias

¿Que effecto tiene el alcohol en su dolor? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Cuantas bebidas con cafeinas, bebe usted al dia? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Usted fuma cigarillos? Si\_\_ No\_\_ ( Si fuma cuantos paketes al dia?)\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Cuanto anos a usted fumado cigarillo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Cuando y donde le tomaron su ultima rallos x? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Ha tenido problemas con su dolor en el pasado (antes de su resien problema)?

Si\_\_\_ No:\_\_\_\_

(Si a tiendo describa)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Historia Medica**

Por favor describa otros problemas que no estan relacionadas con su dolor de ahora?

Problema Fecha Tratamiento

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por favor indique donde usted tiene problemas en estas arias

\_\_\_Dolor de cabesa \_\_\_En el Pecho \_\_\_Del tracto urinario

\_\_\_Oidos/nariz/garganta \_\_\_En los pulmones \_\_\_Estòmago

\_\_\_Ojos \_\_\_En el corazon \_\_\_ Intestiones

\_\_\_Tiroides \_\_\_Con la pression \_\_\_Con los òrganos sexuales \_\_\_Otros\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Usted ha visto un psicòlogo o otros consejeros mentales?

\_\_\_ No

\_\_\_ Si, en el pasado (cuando) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_ Si, ahora (quien)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si en caso afirmativo, con que problema fue? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**EFFECTS OF PAIN ON LIFESTYLE**

Como usted pasa un dia tipico? Por favor llene los espacios de tiempo con las actividades en las que suelen participar. Sea específico.

Manana Tarde

5:00\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 5:00\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6:00\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 6:00\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7:00\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 7:00\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8:00\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 8:00\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

9:00\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 9:00\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

10:00\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 10:00\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

11:00\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 11:00\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Medio dia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Media noche\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1:00\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 1:00\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2:00\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2:00\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3:00\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 3:00\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4:00\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 4:00\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Como su dolor ha desminuido su nivel de actividad?

\_\_\_Nada

\_\_\_Un poquito

\_\_\_Moderado

\_\_\_Significante

\_\_\_ Severo

¿Es su nivel de actividad realizada por otra cosa que dolor? \_\_\_Si \_\_\_No

Si en caso afirmativo, por favor describe? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Que tan lejos puedes usted caminar sin dolor ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Cuanto puede usted durar parado sin dolor? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Cuanto puede usted durar sentodo sin dolor? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Que actividad reacreational a usted dejado de ascer por el dolor?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Cuales son sus actuales actividades reacreational?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Durante el mes pasados cuanto intervino el dolor con las siguientes activiades?

1=Nada

2= Un poquito

3=Moderado

4=Un poco

5=Completo

NA=No aplicable

\_\_\_\_Trabjando

\_\_\_\_Limpiando la casa

\_\_\_\_ De compras

\_\_\_\_Compartiendo con amigos

\_\_\_\_ Actividades de cuidados personales (Bañarse, Combiarse etc.)

\_\_\_\_Recreativas y Pasatiempos

\_\_\_\_Relaciones Sexuales

\_\_\_\_Ejercisio

\_\_\_\_Manejando

¿Que trabajo asia usted cuando empeso su dolor? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿ Cual es su cituation de trabajo ahora?

\_\_\_Empleado tiempo completo (que tipo trabajo)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_Empleado tiempo medio (que tipo trabajo)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_Ama/o de casa

\_\_\_Inactiva ama de casa por el dolor

\_\_\_Desempleado/a por el dolor

\_\_\_Desabilitata (temprario or permanente)

\_\_\_En escuela o entrenamiento vocasional

\_\_\_Retirado

¿ Quiénes son los trabajadores asalariados de su familia inmediata en el momento actual?

\_\_\_\_Usted \_\_\_\_Esposo \_\_\_\_Hijos \_\_\_\_ Padres \_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Esta usted reciebiendo compensacion de trabajabores? \_\_\_\_Si \_\_\_\_No

¿Su caso ha sido resulto de compensacion de trabajabores? \_\_\_\_Si \_\_\_\_No \_\_\_\_NA

¿De que grando de desibilidad le han dado? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si, no en que estado esta su caso? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿A usted applicado para rebelitacion vocacional? \_\_\_Si \_\_\_No

Si, En que condado? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cual es el nombre de la agencia o consejero? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Esta usted recibinendo seguro social de desibilidad? \_\_\_\_Si \_\_\_\_No

Si no, a applicado para beneficos de seguros social?

\_\_\_\_No a applicado

\_\_\_\_Si, mi applicacion esta pendiente

\_\_\_\_Si, pero la rechazaron y estoy en recurso

\_\_\_\_Si, pero me rechazaron con el recurso

Esta usted recibiendo alguno de los siguiente?

\_\_\_\_AFDC (Ayuda de familias con hijos dependientes)

\_\_\_\_Estampillas de comida

\_\_\_\_Supplementar seguridad de ingresso(SSI)

\_\_\_\_Otros (Por favor describe:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

Compare el ingresso de su famila antes del problema del dolor como estan sus ingressos hoy

\_\_\_\_Menos de cincunta por ciento de ingressos

\_\_\_\_50%-75% de ingressos antes del dolor

\_\_\_\_Mas de 75% de ingressos antes del dolor

\_\_\_\_ No hay cambios

Habido algun accion legal relacionado con el problema del dolor? \_\_\_Si \_\_\_No

Si, de que action legal? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

En que estado esta su action legal? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Que es el nombre del abogado? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cuantas horas duerme cada noche?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Toma medicamientos para poder dormir? \_\_\_Si \_\_\_No

Si cuales?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cuanto interfiere el dolor cuando esta dormido?

\_\_\_\_Siempre \_\_\_\_Empeses \_\_\_\_\_Nunca

\_\_\_\_por lo general \_\_\_\_Mas o menos

¿Que clase de problemas durmiendo tiene?

\_\_\_No tiene problemas durmiendo

\_\_\_Dura mucho tiempo para dormise

\_\_\_Se despierta mucho durante la noche

\_\_\_Irregular y molestar el dormir de noche

\_\_\_Se despierta muy temprano en la manana

\_\_\_Se despierta sin des cansar y cansado

\_\_\_Toma ciestas durante el dia

\_\_\_Durante el dia de no poder dormir

\_\_\_Otros \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Que effecto le hace el descamsar? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Cuantas horas descansa usted cada dia? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Donde y cuando usted normalmente descamsa? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por favor elija las palabras que indican el humor y el dolor cuando empeso

\_\_\_Alegre \_\_\_Bored \_\_\_Optimista

\_\_\_ Preocupado \_\_\_Irritable \_\_\_Agradecido

\_\_\_Ancioso \_\_\_Tenso \_\_\_Retirado

\_\_\_Triste \_\_\_Culpable \_\_\_ Frustrado

\_\_\_Deprimido \_\_\_Pretimista \_\_\_Molesto

\_\_\_Otro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Que effectos tiene el procuparse el estar molesto o estrsarse tiene en su dolor?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Que effectos tiene el estar alegre el estar contento, y relajado tiene en tu dolor?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si usted fuera tratado regular mente en fuera la transportasion para la clinica un problema para usted?

\_\_\_ Si \_\_\_ No

Si es si que clase de problema?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

En el diograma de abajo por favor indique donde esta su dolor.

