

PAIN ASSESSMENT QUESTIONNAIRE

Fecha: _____

Nombre: _____ Edad: _____

Domicilio: _____ Telefono: _____

Historia Medica

A) Año en que empezó el dolor: _____

B) Circunstancia que lo causó:

| | | |
|-------------|-------------------------|--------------------------|
| | Accidente en el trabajo | Siguiendo una enfermedad |
| | Accidente en la casa | Siguiendo una cirugía |
| | Otro accidente | El dolor "solo comenzo" |
| Comentario: | | |

C) Medicamentos que esta tomando en el presente:

| Medicamento | Dosis | Frecuencia | Alivio le Dura | Cantidad de Alivio | Empezo medicina |
|--------------------------------|-------|------------|----------------|--------------------|-----------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Comentario, efectos negativos: | | | | | |

D) Cirugía Pasada:

| Fecha | Detalles |
|-------|----------|
| | |
| | |
| | |
| | |

E) Grandes Enfermedades Pasadas:

| Fecha | Detalles |
|-------|----------|
| | |
| | |
| | |
| | |

F) Fisioterapia/Otros tratamientos pasados:

| Fecha | Detalles |
|-------|----------|
| | |
| | |
| | |
| | |

G) Doctores o medicos que Ud. Ha consultado

| | | |
|--|---------------------|-------------------------|
| | Dr. de Alergia | Gynecologo |
| | Anesthesiologo | Ophamologo |
| | Cardiologo | Ortopedico |
| | Dermatologo | Pedriatra |
| | Oido-Naris-Garganta | Sirugano Plastico |
| | Endocrinologo | Proctologo |
| | Doctor General | Pysciatra |
| | Internista | Radiologo |
| | Neurologo | Sirugano General |
| | Dentista | Chiropractico |
| | Psycologo | Doctor de Acupuntura |
| | Hypnotista | Padre/Reverendo/Hermano |
| | Osteopatologo | Curador de Fe |

H) Descripción de Dolor: Escoja un solo grupo de palabras

| | |
|--|----------------------------------|
| | Continuo, constante |
| | Ritmico, periodico, intermitente |
| | Momentario, breve, transiente |

I) Causa de Aumento (+) o Diminuir (-) de dolor:

Indique un “+” o “-“ junto de la causa

| | |
|--------------------------|--------------------------------|
| Licor | Dormir,descanso |
| Estimulantes (café,etc.) | Acostar |
| Comer | Distraccion (television, etc.) |
| Calor | Orinar, defecar |
| Frio | Tension |
| Humedad | Luzes fuertes |
| Camcios en temporada | Ruidos fuertes |
| Masage, vibrador | Ir a el trabajo |
| Pression | Relaciones sexuales |
| No hacer movimiento | Ejercicio suave |
| Movimiento | Cansancio |

J) Usted ha aprendido a relajar en momentos de tension?

_____ Si _____ No

Si su respuesta es “Si,” cuales metodos esta usando?

K) Dolor y Dormir:

| Condicion | Siempre | Aveces | Nunca |
|------------------------------|------------------------|--------|-------|
| Batallar para quedar dormido | | | |
| Medicacion para dormir | | | |
| Dolor lo despierta | | | |
| Comentario: | # de horas que duerme: | | |

L) Trabajo/Actividad

Tipo de trabajo (incluyendo de casa) _____

Abilidad de trabajar normal: _____

Tener que parar toda actividad por causa del dolor ___ Yes ___ No

Si es “Si” # de veces Diaro: _____ Por semana: _____

Comentario: _____

M) Dolor presente

a) Durante el dia:

| Tiempo | Duracion | Que tan seguido? |
|----------|----------|------------------|
| Manana | | |
| Mediodia | | |
| Tarde | | |
| Noche | | |

b) Posicion de cuerpo: Que pasa son su dolor cuando se:

| | |
|---------|--|
| Sienta | |
| Para | |
| Acuesta | |

c) Ha cambiado su humor desde que empezo ?Yes ___ No ___

Si su respuesta “Si,” cuales metodos esta usando?

N) Sintomas que le Acompaan:

| | |
|-----------------|---------------|
| Nausea | Estrenimiento |
| Dolor de Cabeza | Diarrea |
| Mareo | Menses |
| Orinar | Otro: |

Comentario:

O) Las siguientes palabras representan dolor de intensidad que aumenta:

| | | | | | |
|--------------------|---------------|--------------------|----------------|---------------|------------|
| 1 Nada de dolor | 2 Moderado | 3 Inconfortable | 4 Affligido | 5 Horrible | 6 Atroz |
|--------------------|---------------|--------------------|----------------|---------------|------------|

a) Escoga el numero de la palabra que mejor describe:

| | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Su dolor en este momento |
| <input type="checkbox"/> | Su dolor en su peor momento |
| <input type="checkbox"/> | Su dolor en el minimo |
| <input type="checkbox"/> | El peor dolor de diente que ha tenido |
| <input type="checkbox"/> | El peor dolor de cabeza que ha tenido |
| <input type="checkbox"/> | El peor dolor de estomago que ha tenido |

Indique locales de dolor:

a) Donde le duele?

