

Historia De Queja Principal

Nombre: _____

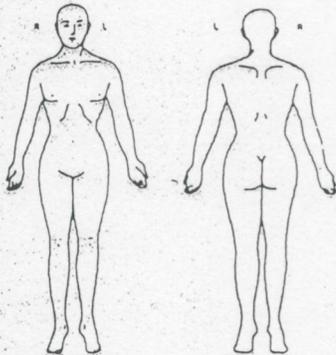
Fecha: _____

1. Queja Principal:
- Dolor de espalda baja
 - Dolor de cuello
 - Dolor de piernas D/I
 - Dolor de espalda torácica
 - Dolor de brazos D/I
 - Dolores de cabeza
 - Otros dolores: _____

2. ¿Como sucedió su herida?
- Movimiento excesivo
 - Accidente automovilístico
 - Caída/ Tropiezo/ Resbalón
 - Otro modo: _____

3. Fecha de cuando empezó el dolor:

4. Donde le duele: (Por favor circule)



5. Severidad de su dolor:
(0=no hay dolor, 10= el peor dolor)
- Muy poco (0-2) Molestia no me afecta mucho
 - Poco (3-5) Me afecta poco en mis actividades diarias
 - Moderado (6-7) Me afecta mucho en mis actividades diarias
 - Severo (8-10) No puedo moverme/tengo que estar acostado

6. Nivel de dolor (Por favor circule uno)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sin Dolor

Severo

7. Frecuencia del dolor:
- De vez en cuando (25% del tiempo)
 - Ocasional (25%-50% del tiempo)
 - Frecuente (51%-75% del tiempo)
 - Constante (76%-100% del tiempo)

8. Carácter del dolor:
- Agudo
 - Caliente
 - Piquete
 - Punzadas
 - Otro: _____

9. Relación a otras partes del cuerpo:
- Intestinos, Riñones
 - Músculos débiles
 - Adormecimiento/ Hormigueo
 - Otros síntomas: _____
 - No hay relación

10. Cosas que alivian mi dolor:
- Descanso/ Ejercicio
 - Estar quieto/ No moverme
 - Estar sentado/ Parado/ Acostado
 - Aplicación de algo caliente/ Frio

11. Cosas que agravan mi dolor:
- Toser/ Estornudar/ Ir al baño
 - Levantar/ Agachar/ Empujar/ Jalar
 - Manejar/ Estar sentado
 - Caminar/ Correr/ Estar parado
 - Cambiar de posición
 - Otro: _____

12. Medicaciones (circule las que aplican):

- Aspirina/ Tylenol
- Med. Para el dolor
- Relajantes para los músculos
- Med. Para la inflamación
- Otro: _____