

Cardinal Pain Center

Historia Clínica

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Fecha del accidente o comienzo del dolor: _____

Por Favor describa sus síntomas:-

Nivel de su dolor hoy? _____

Que actividades, eventualmente aumentan su dolor?

Estar sentado

Toser

Estornudar

Hacer ejercicio

Caminar

Actividad Sexual

Estar acostado

Estar de pie

Otra razones: _____

Que actividades, eventualmente, disminuyen su dolor?

Estar Sentado

Estar de pie

Estar de acostado

Caminar

Terapia física

Medicamentos y drogas

Otra Razones: _____

Usted tiene radiación de dolor a sus brazos o piernas? _____

Usted tiene el entumecimiento u hormigueo o debilidad en las extremidades?

Tiene otros problemas médicos: **SI** o **NO** Si es así, por favor descríbalos:-

Lista de todos sus medicamentos:

Es usted alérgico a alguna **droga o medicina, látex, yodo, tinte usado en MRI o CT?**

Toma diluyente para la sangre? Cual? _____

Le han operado, o ha sido intervenido quirúrgicamente alguna vez? Si? Lista de operaciones.

Fuma? **SI** o **NO**

Consumes bebidas Alcohólicas? : **SI** o **NO**

A consumido drogas ilegales? _____

Que exámenes o tratamientos ha recibido?

Examen/Prueba o tratamiento:

Donde y quien lo trato?

Rayos X

EMG

MRI

Inyección muscular

Terapia Física

Anti-inflamatorios

Relajantes musculares

Píldoras para el dolor

Cirugía

Epidural
