

# ASAP

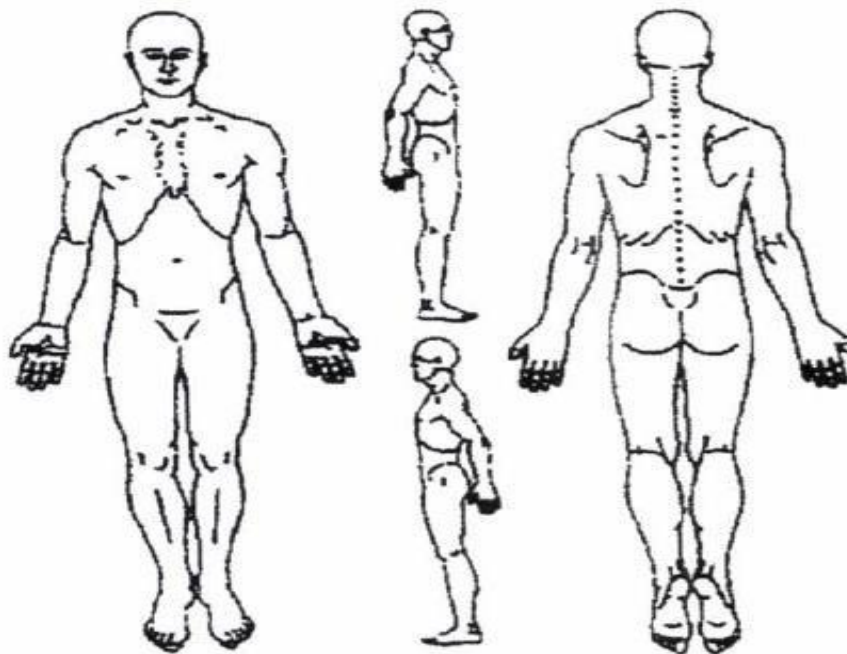
## ADVANCED SPINE AND PAIN

1625 N. George Mason Dr #345 ~ 2296 Opitz Blvd, #210 ~ 450 Garrisonville Rd #109 ~ 1499 Chain Bridge Rd #101 ~ 11230 Waples Mill Rd #114C ~ 3500 Boston St #J2  
Arlington, VA 22205 Woodbridge, VA 22191 Stafford, VA 22554 McLean, VA 22101 Fairfax, VA 22030 Baltimore, MD 21224

### Formulario de Consulta de Seguimiento Historia Medica

Nombre del Paciente:	Fecha de nacimiento:	Fecha:
----------------------	----------------------	--------

**Por favor, dar sombra en las áreas que usted está teniendo dolor**



Por favor, indique su dolor actual											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Califique su peor dolor en la última semana											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Califique su menor dolor en la última semana											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

¿Cuál es su queja principal ?
Si el dolor se localiza en el cuello o en la espalda , ¿se irradia hacia los brazos y las piernas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Ha mejorado su dolor desde su última visita? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Por favor indique su mejoramiento: _____%
¿Si usted tuvo un procedimiento reciente cuanto alivio a tenido? _____%
¿Hay nuevos síntomas desde su última cita?
¿Cómo puede describir el dolor que siente? <input type="checkbox"/> Dolor Fuerte <input type="checkbox"/> Quemadura/Ardiente <input type="checkbox"/> Dolor Profundo <input type="checkbox"/> Presion <input type="checkbox"/> Apuñalamiento <input type="checkbox"/> Embotado <input type="checkbox"/> Cosquiello <input type="checkbox"/> Otro _____
¿Qué mejora su dolor? <input type="checkbox"/> Descanso <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Frío <input type="checkbox"/> Medicamentos <input type="checkbox"/> Ejercicio <input type="checkbox"/> Otro _____
¿Qué hace empeorar el dolor? <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Frío <input type="checkbox"/> Caminar <input type="checkbox"/> Agacharse/Torcer <input type="checkbox"/> Sentado <input type="checkbox"/> Acostado <input type="checkbox"/> Estrés <input type="checkbox"/> Toser/Estornudos <input type="checkbox"/> Parado después de estar sentado

Nombre: \_\_\_\_\_

## Revisión de los Síntomas

\*\*Por favor marque cualquiera de los siguientes síntomas o problemas\*\*

**NO HAY CAMBIOS**

<p><b><u>Constitucional:</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> <u>NO PROBLEMAS</u></p> <p><input type="checkbox"/> Pérdida de Peso  <input type="checkbox"/> Aumento de Peso  <input type="checkbox"/> Problemas para Dormir  <input type="checkbox"/> Fiebre  <input type="checkbox"/> Fatiga</p> <p>Otro: _____</p>	<p><b><u>Cardiovasculares:</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> <u>NO PROBLEMAS</u></p> <p><input type="checkbox"/> Dolor en el Pecho/Presión  <input type="checkbox"/> Frecuencia Cardiaco Rápida  <input type="checkbox"/> Mala Circulación  <input type="checkbox"/> Inflamación de Piernas/Pies  <input type="checkbox"/> Ritmo Cardiaco Irregular</p> <p>Otro: _____</p>	<p><b><u>Gastrointestinales:</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> <u>NO PROBLEMAS</u></p> <p><input type="checkbox"/> Estreñimiento  <input type="checkbox"/> Diarrea  <input type="checkbox"/> Las Nauseas/Vómitos  <input type="checkbox"/> Sangre en los Heces  <input type="checkbox"/> Dolor Abdominal</p> <p>Otro: _____</p>	<p><b><u>Respiratorio:</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> <u>NO PROBLEMAS</u></p> <p><input type="checkbox"/> Tos Crónica  <input type="checkbox"/> Las Sibilancias  <input type="checkbox"/> Falta de Aliento  <input type="checkbox"/> Tos con Sangre  <input type="checkbox"/> Oxígeno en el Hogar</p> <p>Otro: _____</p>	<p><b><u>Trastornos Musculo Esqueléticos:</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> <u>NO PROBLEMAS</u></p> <p><input type="checkbox"/> Dolor en las Articulaciones  <input type="checkbox"/> Espasmos Musculares  <input type="checkbox"/> Rigidez de las Articulaciones  <input type="checkbox"/> Debilidad Muscular</p> <p>Otro: _____</p>
<p><b><u>Neurológico:</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> <u>NO PROBLEMAS</u></p> <p><input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza  <input type="checkbox"/> Caidas Recientes  <input type="checkbox"/> Mala Memoria  <input type="checkbox"/> Desmayo  <input type="checkbox"/> Convulsiones</p> <p>Otro: _____</p>	<p><b><u>Piel:</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> <u>NO PROBLEMAS</u></p> <p><input type="checkbox"/> Erupciones  <input type="checkbox"/> Comezón  <input type="checkbox"/> Cambio de Color  <input type="checkbox"/> Clave o el Cambio de Pelo/ uñas  <input type="checkbox"/> Fácil Moretones</p> <p>Otro: _____</p>	<p><b><u>Psiquiátrico:</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> <u>NO PROBLEMAS</u></p> <p><input type="checkbox"/> Tristeza Frecuente  <input type="checkbox"/> La Preocupación excesiva Depresión  <input type="checkbox"/> Sentimientos de Desesperacion  <input type="checkbox"/> El Estrés Excesivo</p> <p>Otro: _____</p>	<p><b><u>Oído, Nariz, Garganta:</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> <u>NO PROBLEMAS</u></p> <p><input type="checkbox"/> El Ronquido  <input type="checkbox"/> Pérdida de la Audición  <input type="checkbox"/> Mareos  <input type="checkbox"/> Zumbido en los Oídos  <input type="checkbox"/> Las hemorragias nasales</p> <p>Otro: _____</p>	<p><b><u>Ojos:</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> <u>NO PROBLEMAS</u></p> <p><input type="checkbox"/> Visión Borrosa  <input type="checkbox"/> Visión Doble  <input type="checkbox"/> Dolor de Ojos  <input type="checkbox"/> Enrojecimiento y Drenaje  <input type="checkbox"/> El Exceso de Riego</p> <p>Otro: _____</p>
<p><b><u>Genitourinario:</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> <u>NO PROBLEMAS</u></p> <p><input type="checkbox"/> Sangre en la Orina  <input type="checkbox"/> Dolor al Orinar  <input type="checkbox"/> La Incontinencia de Orina  <input type="checkbox"/> Micción Frecuente  <input type="checkbox"/> Cálculo Renal</p> <p>Otro: _____</p>	<p><b><u>Endocrino:</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> <u>NO PROBLEMAS</u></p> <p><input type="checkbox"/> Calor Intolerancia  <input type="checkbox"/> Intolerancia al Frio  <input type="checkbox"/> Cambios en el Apetito  <input type="checkbox"/> Sudoración Anormal  <input type="checkbox"/> Pérdida del Cabello</p> <p>Otro: _____</p>	<p style="text-align: center;"><b>Para el Personal de la Oficina Solamente:</b></p> <p style="text-align: center;">HT: _____ / WT: _____ / BP: _____</p> <p style="text-align: center;">Pulse: _____</p>		

