



STAFF: Responses in boxes and handwritten items must be entered MANUALLY.

Instrucciones

Favor de usar un lápiz #2. Llene el óvalo como se muestra...



POR FAVOR ESCRIBA EL APELLIDO DEL PACIENTE EN LETRA DE MOLDE

Grid for writing the patient's last name.

POR FAVOR ESCRIBA EL NOMBRE DEL PACIENTE

Grid for writing the patient's first name.

FECHA DE NACIMIENTO

Grid for writing the birth date (Month, Day, Year).

MES DÍA AÑO

Survey questions: ¿Cómo llegó usted hoy?, ¿Trabaja actualmente?, ¿Quién vino con usted?, ¿Ha cambiado algo desde su última visita?, ¿Hay algún cambio en sus medicamentos..., ¿Ha sido atendido para Hipertensión..., ¿Si es mujer, esta embarazada?

Survey questions: ¿Qué es su estado de fumar?, ¿Cuántos paquetes diarios fuma o fumaba?

Survey question: ¿Si fuma o fumaba, cuantos años que fumo? Includes a grid for marking years and an example.

Survey question: ¿Si anteriormente fumaba cuando dejo de fumar? (en meses)

Survey question: ¿Ubicación del dolor?

Survey question: ¿Tipo de dolor?

Survey question: Estado actual del problema:

Survey question: Dolor que actualmente tiene (marque todo lo que corresponda):

Survey question: Gravedad en comparación con la última visita:

Survey question: Puntuación de dolor en una escala de 0-10

Survey question: Discapacidad Funcional: Leve, Moderado, Severo, Muy Severo

Survey question: Necesidad de medicamentos para dolor:

Survey question: Capacidad para dormir (afectado por dolor):

Survey question: Frecuencia del problema ahora:

Survey question: Duración del problema ahora:

Survey question: Respuesta a medicamentos (efectividad de medicamentos): Día, Noche

Survey question: Actividad ocupacional:

Survey question: Actividad recreacional:

Survey question: Respuesta a terapia de inyecciones: