**Cuestionario de Salud del Paciente**

**Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ocupacion: \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Estado Actual del Trabajo (circulo):** Retirado Tiempo Completo Tiempo Parcial Estudiante

Desempleados Trabajadores por Cuenta Propia Ama de Casa Fuera del Trabajo

**Cual es el motive de su visitaa?** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**¿Con qué frecuencia tiene dolor? (círculo):**

Constante (76-100%) Frecuentes (51-75%) Ocasionalmente (26-50%) Intermitentemente (0-25%)

**¿Están cambiando los síntomas? (****c****írculo):** Mejorando No Cambia Empeorando

**¿A quién has visto para esto? (círculo):** Nadien Un Quiropráctico Un Terapista Físico

Un Terapista Ocupacional Un Medico

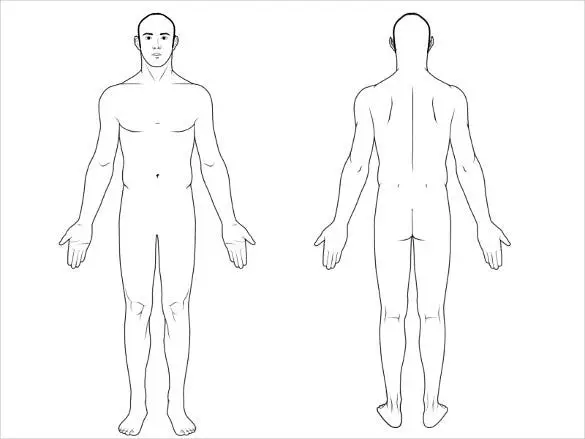
**Que pruebas te has hecho?** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Fecha de Rayos X: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de MRI/CT : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Escala de Clasificación del Dolor:**

**(Dibuje un círculo en la escala de dolor a continuación que mejor describa su dolor en la actualidad.)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **SIN DOLOR** | **BAJO** | **MEDIO** | **ALTO** | **INTENSO** |
| 0 | 1 2 3 | 4 5 6 | 7 8 9 | 10 |



DERECHO

IZQUIERDA IZQUIERDA

DERECHO

Utiliza los símbolos que se indican a continuación para describir el lugar y el tipo de dolor o las sensaciones inusuales que tienes, dibujando en la(s) imagen(es) de arriba.

|  |  |
| --- | --- |
| OOOO | **Alfileres y Agujas** |
| XXXX | **Entumecimiento** |
| ////// | **Dolor agudo/apuñalamiento** |
| = = = = | **Dolor sordo/ dolorido** |