



Paquete De Paciente Nuevo

1951 W 25th St STE B • Yuma, AZ 85346
PH: 928.276.3049 • FX: 928.259.7006
Web: www.tpiaz.com

Bienvenido a Tucson Pain Institute (TPI). Usted ha sido referido a nuestro centro para el tratamiento del manejo del dolor y estamos felices de que se una a nuestra clínica y esperamos controlar su dolor.

Hemos hecho una cita para (nombre) _____ en la fecha ____/____/____
A la hora ____:____. Por favor, llegue 30 minutos antes de su hora programada.

Este nuevo paquete para pacientes debe llenarse para su primera cita. Asegúrese de que cada formulario se complete adecuadamente. Si no se completa, su cita puede ser cancelada y / o reprogramada.

Siga estos pasos para que su cita se desarrolle sin problemas:

- 1.) Complete el formulario de historial médico y tráigalo con usted a la cita.
- 2.) Por favor traiga lo siguiente a su cita:
 - Licencia de conducir o identificación válida con foto
 - Tarjeta(s) de Seguro Médico Vigente(s)
 - Lista de medicamentos actuales que incluyen la concentración de la píldora y la información de dosificación

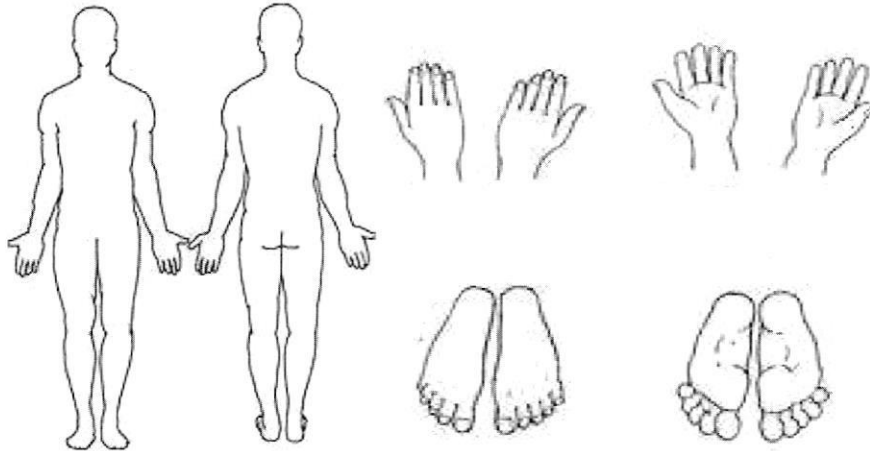
Tenga en cuenta que requerimos un aviso de 24 horas para cualquier reprogramación o cancelación, esto es para evitar incurrir en una tarifa de \$25. Esta tarifa también se aplica a "No Shows".

Historia clínica (enumere los medicamentos que toma actualmente):

Medicamento:	Dosis:	Frecuencia:

Fecha de hoy: ___/___/___ Nombre del paciente: _____ Estatura: _____ Peso: _____
 Médico de atención primaria: _____ Cual es el motivo de su visita hoy? _____

Explique dónde se encuentra su dolor (por favor, sombree en el área donde siente dolor):



¿Es su dolor (por favor marque todo lo que corresponda):

- Insensibilizado
- Afilado
- Disparos

- Constante
- Intermitente
- Persistente

- Entumecimiento
- Hormigueo
- Quema

¿Su dolor se irradia a cualquier otra parte de su cuerpo? En caso afirmativo, ¿a dónde?

¿Qué ayuda a aliviar su dolor?

¿Qué causa que su dolor empeore?

SIN medicación, en una escala del 1 al 10, ¿cuál es su nivel de dolor? _____

¿CON medicación? _____

¿Qué tareas / funciones diarias puede hacer, con limitaciones mínimas, cuando toma su medicamento que no puede hacer sin ellos (es decir, caminar, correr, preparar el desayuno, ir de compras, agacharse para atarse los zapatos)?

En términos de alivio del dolor, en una escala de %-100%, ¿cuánto alivio del dolor obtiene al tomar su medicamento? ____%

Historial médico anterior (verifique todo lo que corresponda):

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Trastorno convulsivo | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides | <input type="checkbox"/> Nefropatia Actualmente en ¿Diálisis? S/N |
| <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide | <input type="checkbox"/> VIH | <input type="checkbox"/> Otra cosa _____ |
| <input type="checkbox"/> Migrañas | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | _____ |
| <input type="checkbox"/> Fibromialgia | <input type="checkbox"/> Fibrilación auricular | <input type="checkbox"/> Cáncer Tipo: _____ |
| <input type="checkbox"/> Golpe | <input type="checkbox"/> Coágulos de sangre | Año de diagnóstico: _____ |
| <input type="checkbox"/> Osteoartritis | <input type="checkbox"/> Lupus | ¿Remisión? Y / N |
| <input type="checkbox"/> Infarto | | |
| <input type="checkbox"/> Marcapasos | | |
| <input type="checkbox"/> Diabetes: Tipo 1 o 11 | | |

Historia quirúrgica pasada:

Fecha de la cirugía:	Procedimiento:	Cirujano:

Historial de tratamiento previo

¿Terapia física? S/N Nombre del centro: _____ Fecha del último tratamiento: ___/___/___

¿Inyecciones epidurales de esteroides? S/N Nombre del médico: _____ Fecha de la última inyección: ___/___/___

¿Inyecciones en puntos gatillo? S/N Nombre del médico: _____ Fecha de la última sesión: ___/___/___

¿Quiropráctica/acupuntura? S / N Nombre del médico: _____ Fecha de la última sesión: ___/___/___

¿Qué medicamentos ha tomado en el pasado para su dolor?

Nombre del medicamento:	¿Este medicamento es efectivo para aliviar el dolor? ¿Por qué o por qué no?

Alergias:

Alergia:	Reacción Síntomas:

Historial médico familiar:

(¿Qué condiciones médicas existen en su familia? Por favor, sea lo más específico posible)

Padre:	
Madre:	
Madre:	
Madre:	