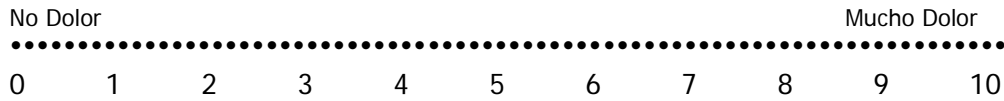


Cuestionario: Espalda/Cuello

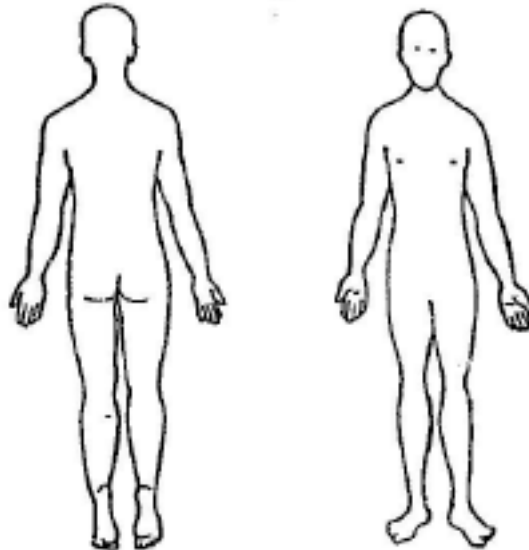
Marque su nivel de dolor:



Marque su nivel de dolor: **Pierna/Brazo**



Marque la parte de su cuerpo a donde su dolor esta localizado:



Marque la actividad que mejora o empeora su dolor:

	Dolor	No Dolor
Al sentarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Al pararse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Al caminar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Al dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Marque si a tenido estos sintomas:

	Si	No
Problemas estomacales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiebres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Escalofrios
Cambio de peso
Cambio de apetito

Cuando empesaron su sintomas? ____/____/____.

Que causo su sintomas?

Su trabajo Accidente de carro Caída Deportes

Ha tenido sintomas similares antes? Si No Si, cuando? ____/____/____.

Ha tenido exámenes diagnosticos?

 Cuando
__X-Ray __/___/__.
__Bone Scan __/___/__.
__MRI __/___/__.
__CT Scan __/___/__.
__Myelogram __/___/__.
__EMG/NCV __/___/__.

Ha tenido los siguientes tratamientos?.

 Cuando
__Reposo __/___/__.
__Faja __/___/__.
__Terapia fisica __/___/__.
__Quiropractico __/___/__.
__Acupuntura __/___/__.
__Inyecciones __/___/__.
__Clinica para su dolor __/___/__.

Cual es el estatus de su trabajo?

__ No puede trabajar, mucho dolor
__Trabajando medio Tiempo o trabajo moderado
__Trabajando tiempo completo.
__Desempleado
__Retirado
__Estudiante

A estado sin trabajar?., cuanto tiempo?_____

Por mi dolor, Por el problema de mi accidente, Yo estoy resiviendo:

	Si	No
Worker,s Compensation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Social Security	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disabilidad privada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Usted tiene un abogado, un caso abierto por su dolor? No__ Si__

Tiene problemas medicos?_____

Cual medicinas esta tomando?_____

Ha tenido alguna cirujia?_____

Tiene alguna alerjia a alguna medicinas?_____

Usted Fuma? _____ **Si** **No**_____

Usted Toma? _____ **Si** **No**_____

Reglas para las recetas medicas

Todas las medicinas prescritas en nuestra oficina por el Dr. Shin, tienen que ser pedidas directamente al Dr. Shin durante nuestras horas de oficina, 9:00 a.m. a 4:45 p.m. Usted puede hablarle a nuestra enfermera quien le dara el mensaje directamente al Dr. Shin.

Cuando usted es paciente de Dr. Shin, solamente Dr. Shin sabe de su condicion medica.

El doctor que este de guardia cuando nuestra oficina esta cerrada no tiene conocimiento de su caso o condicion medica, por lo tanto no puede hacerle ninguna receta de medicina para el dolor.

1. Medicina para el dolor no puede ser pedida a la farmacia cuando nuestra oficina esta cerrada. Tampoco puede ser pedida a la farmacia en el fin de semana.
2. Usted debe llamar a nuestra oficina antes que su medicina para el dolor se termine.

Por favor recuerde que debe llamarnos durante las horas en que nuestra oficina esta abierta, para con tiempo suficiente nosotros poder llamar a la farmacia antes que se le termine su medicina.

Nosotros estamos dedicados en hacer todo lo posible para ayudarlo a usted aliviar sus dolores.

Por favor entienda que estas reglas existen para prevenirle a usted otros efectos y complicaciones secundarios que puedan suceder causados por las medicinas que no esten de acuerdo a su caso o condicion medica

Gracias.

Estoy de acuerdo con lo escrito:

Nombre: _____

Firma: _____

Fecha: ___/___/___