

Fecha de hoy: _____

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Peso: _____

Bstatura: _____



VISITA DE SEGUIMIENTO

Por favor complete cuidadosamente cada sección de este formulario, aún si nada ha cambiado desde su ultima visita

Razón Para La Visita de Hoy

- Posterior a procedimiento
 Evaluar resultados de prueba
 Evaluar resultados de MRI
 Otra razón: _____

Descripción de Dolor

Use el diagrama para indicar donde tiene dolor

¿En la escala de dolor (1-10), ¿que número mejor describe el peor dolor que has sentido durante la ultima semana? _____

¿En que área siente peor el dolor? _____

¿Se extiende el dolor? Sí ese es el caso ¿hacia donde? _____

Cambios Desde Su Última Visita

¿Ha desarrollado alguna nueva dolencia desde su última de la que quisiera hablar hoy?

- Sí No

Sí. Por favor explique: _____

¿Desde su última visita, ¿como ha cambiado su dolor?

- Decremento Incremento Esta Igual

¿Sí usted tuvo un procedimiento, cuanto alivio ha obtenido?

- Nada 10% 20% 30% 40%
 50% 60% 70% 80% 90% 100%

¿Algún problema desde el procedimiento? Sí No

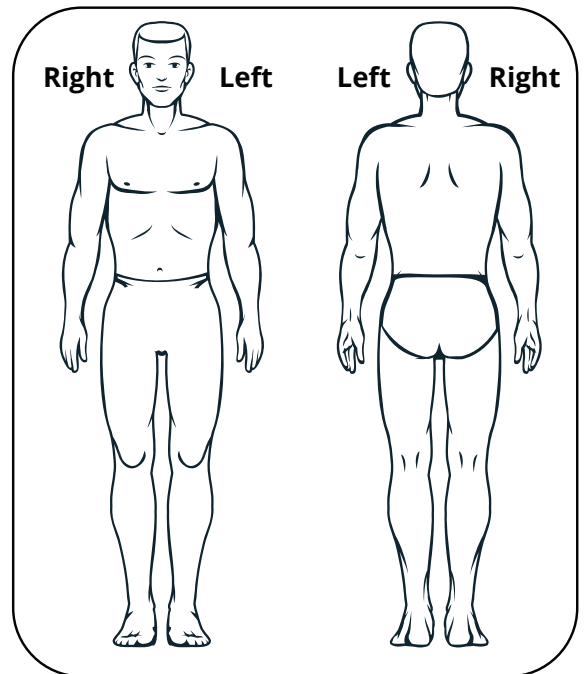
Sí. Explique: _____

Marque cada uno que describa su dolor:

- Sardo Eléctrico Punzante
 Caliente/Ardor Entumecido Calambre
 Punzante/Agudo Profundo Palpitante

¿Que es lo que mejora su dolor? _____

¿Que es lo que empeora su dolor? _____



¿Que palabra describe mejor la frecuencia de su dolor?

- Constante Intermitente

¿cuando está peor su dolor?

- Mananas Durante el día
 Tardes Mediodía
 Peor con actividad Peor con descanso



Marque Todas Las Siguietes Actividades Que Son Adversamente/Negativamente Afectadas Por Tu Dolor:

- Disfrutar de la vida Trabajo normal Actividades en general Actividades recreacionales
 Caminar Estado de animo Relación con otras personas Otro: _____

¿Desde Su Ultima Visita Ha Desarrollado Algun Nuevo?:

- Incontinencia vesical (excluyendo frecuencia) Incontinencia intestinal (excluyendo diarrea o estrenimiento)
 Problemas con su equilibria Fiebres Escalofrios Dificultad para caminar Nauseas Vómitos

Entumecimiento/Hormigueo- ¿En donde? _____ Debilidad - ¿En Donde? _____

No he desarrollado ningún problema reciente con alguna de las condiciones mencionadas desde mi ultima visita.

¿Corrientemente esta usted tomando algun diluyente de sangre o anticoagulante? Incluyendo Aspirina o Aceite de pescado

- Sí No

¿Toma usted alguno de estos diluyentes de sangre? (Marque todos fos que aplican)

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Aspirina | <input type="checkbox"/> Aceite de pescado | <input type="checkbox"/> Aggrenox | <input type="checkbox"/> Coumadin/Warfarin |
| <input type="checkbox"/> Effient/Prasugrel | <input type="checkbox"/> Lovenox/Enoxaparin | <input type="checkbox"/> Plavix/Clopidogrel | <input type="checkbox"/> Pletal/Cilostazol |
| <input type="checkbox"/> Pradaxa/Dabigatran | <input type="checkbox"/> Ticlid /Ticlopidine | <input type="checkbox"/> Brilinta/Ticagrelor | <input type="checkbox"/> Xarelto/Rivaroxaban |
| <input type="checkbox"/> Eliquis/Apixaban | <input type="checkbox"/> Heparin/Subcutaneous | <input type="checkbox"/> Arixtra/Fondaparinux | <input type="checkbox"/> Edoxaban/Savaysa |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | | |

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____