

Gravedad de los síntomas: Marcar solo uno:

ninguna: Leve: moderar: severo:

Frecuencia: Marcar solo uno:

nunca: constante: recurrente: intermitente:

Estado: Marcar solo uno:

mejorado: sin cambios: empeorando resuelto:

Síntoma principales desde la última visita:

N Y
 Dolor
 Rigidez
 Limitación Funcional
 Progresión de deformimdad
 Otro

Estado desde la última visita: Marcar solo uno:

Mejorando Variable
 Empeorando Inactivo
 Estable Otro:

Evaluación del tratamiento del paciente:

Ayudando mucho

Otro:

Ayudando a algo

Efectos secundarios:

N Y

No ayudando

Ubicaciones afectados: Ninguna

	L	R	Bilateral		L	R	Bilateral		L	R	Bilateral
<input type="checkbox"/> Mandíbula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Codo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tobillo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Muñeca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Hombro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Mano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Múltiple Articulaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Media espalda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cadera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> Espalda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Rodilla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

¿Ha tenido alguna cirugía o nuevo diagnóstico desde su última visita? Sí No

Cirugías: _____

Diagnósticos: _____



Arthritis & Osteoporosis Clinic of Brazos Valley
 1725 Birmingham Dr., Ste. 200, College Station, TX 77845 · (979) 696-8000 · (979) 696-8100 fax
 Board Certified in Rheumatology
 Ricardo Pocurull, MD, PA, CCD , Rajpreet Singh, DO, PA, CCD,
 Laura Smith PA-C

Nombre del Paciente: _____

Fecha: _____

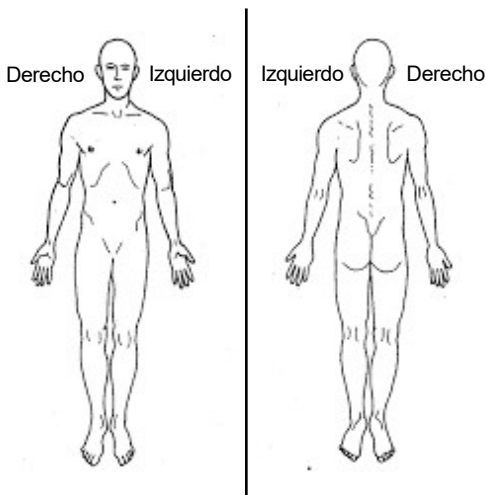
Fecha de Nacimiento: _____

Inventario Breve del Dolor (formato corta)

1. A lo largo de nuestras vidas, la mayoría de nosotros hemos tenido dolor de vez en cuando (como dolores de cabeza leves, esguinces y dolores de muelas). ¿Has tenido algún otro dolor además de estos tipos de dolor cotidiano hoy?

Sí No

2. En el diagrama, sombrea las áreas donde sientes dolor. Pon una X en la zona que más te duela.



3. Califique su dolor marcando la casilla junto al número que mejor describa su **peor** dolor en las últimas 24 horas.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 No Dolor Dolor Tan Malo Como Puedes Imaginar

4. Califique su dolor marcando la casilla al lado del número que mejor describa su dolor al **menos** en las últimas 24 horas.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 No Dolor Dolor Tan Malo Como Puedes Imaginar

5. Califique su dolor marcando la casilla al lado del número que mejor describa su dolor en **promedio**.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 No Dolor Dolor Tan Malo Como Puedes Imaginar

6. Califique su dolor marcando la casilla al lado del número que indica cuánto dolor tiene en este **momento**.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 No Dolor Dolor Tan Malo Como Puedes Imaginar