



## Formulario de Registro del Nuevo Paciente

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección de Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono Principal: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Tel. Móvil: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Teléfono de Trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Doctor de Cabecera: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Doctor de Referencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Farmacia de Preferencia: \_\_\_\_\_ Tel. de Farmacia: \_\_\_\_\_

Dirección de Farmacia: \_\_\_\_\_

### INFORMACION DE SEGURO:

Seguro Primario: \_\_\_\_\_ Seguro Secundario: \_\_\_\_\_

Numero de Póliza: \_\_\_\_\_ Núm. de Póliza: \_\_\_\_\_

Numero de Grupo: \_\_\_\_\_ Núm. de Grupo: \_\_\_\_\_

Si tiene alguna pregunta por favor de contactar la manager de la oficina Diana Ramírez

*Munshi Modern Pain*

12553 Gulf Freeway, Houston, TX 77034

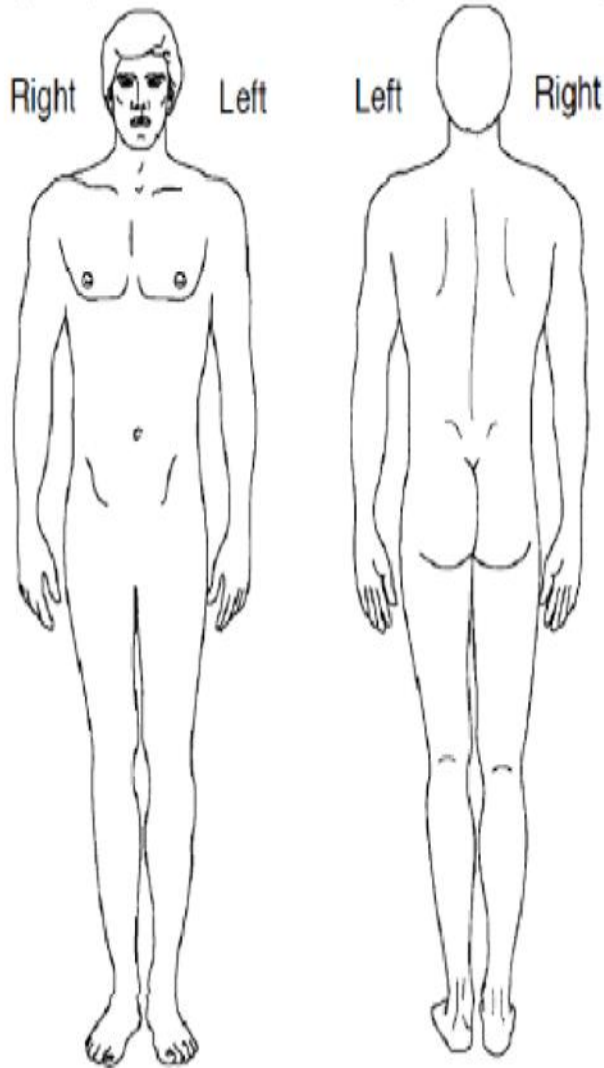
5420 West Loop S Suite 1100, Bellaire, TX 77401

PHONE: 281-922-9979

FAX: 281-929-0804



**En el dibujo enseñado abajo por favor de indicar la locación y el tipo de dolor que siente. Por favor, de marcar el dibujo con la letra que mejor describa sus síntomas.**



- “N” – Adormecimiento (numbness)
- “S” – Puñalada (stabbing)
- “B” – Ardor/Ardiente (burning)
- “P” – Hormigueo (pins and needles)
- “A” – Dolor (aching)

*Munshi Modern Pain*

12553 Gulf Freeway, Houston, TX 77034

5420 West Loop S Suite 1100, Bellaire, TX 77401

PHONE: 281-922-9979  
FAX: 281-929-0804



¿Dónde tiene su dolor primario? (ex: espalda, cuello, pies) \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo ha estado presente? \_\_\_\_\_

¿Intensidad del dolor? (Clasifique 1-10, Zero siendo no dolor y diez siendo el tipo de dolor que causa desmayos)

Hoy: \_\_\_\_ Peor que ha sentido: \_\_\_\_ Mejor que se ha sentido: \_\_\_\_ Promedio: \_\_\_\_

¿Qué es la causa de su dolor? (Circule todos los que aplican)

GRADUALMENTE	DE REPENTE	CAIDA	LEVANTANDO
DANDO SALTOS	ACCIDENTE DE AUTO	LESION EN EL TRABAJO	AGACHANDOSE

¿Qué frecuente es su dolor?

CONSTANTE	INTERMITENTE
-----------	--------------

¿Cuándo se siente peor su dolor?

MANANAS	DURANTE EL DIA	TARDES/NOCHES
---------	----------------	---------------

¿Describa sus síntomas de dolor? (Circule todos los que aplican)

ARDECIMIENTO	DOLOR LLENO	CALAMBRES	PALPITANTE	DOLORIDO
AGUDO/GRAVE	PRESION	PUNALADAS	ESTREMECIMIENTO	ELETRICAL
ESPASMOS	DOLOR			

¿Qué hace que su dolor se sienta peor? (Circule todos los que aplican)

FLEXINANDOSE HACIA ENFRENTE	FLEXIANDOSE HACIA ATRÁS	ESTAR SENTADO PROLONGADO	ESTAR PARADO PROLONGADO	
SUBIENDO ESCALERAS	BAJANDO ESCALERAS	CAMINANDO	ACTIVIDAD INCREMENTADA	LEVANTANDO OBJETOS

¿Qué hace que su dolor mejore? (Circule todos los que aplican)

ESTAR ACOSTADO	DESCANSAR	CALOR	HIELO	MASSAGE
EJERCICIOS	TERAPIA	SENTANDOSE	PARANDOSE	MEDICAMENTO
INYECCION	ESTIRANDOSE	CAMINANDO	NADA	
INCLINANDOSE HACIA DELANTE		INCLINCANDOSE HACIA ATRAS		

*Munshi Modern Pain*

12553 Gulf Freeway, Houston, TX 77034

5420 West Loop S Suite 1100, Bellaire, TX 77401

PHONE: 281-922-9979

FAX: 281-929-0804



**¿Tiene algunos de los siguientes síntomas? (Circule todos los que aplican)**

<b><u>NUEVA</u> INCONTINENCIA INTESTINAL</b>	<b><u>NUEVA</u> INCONTINENCIA DE VEJIGA</b>	<b>FIEBRE</b>	<b>RESFRIADOS</b>
<b>PERDIDA DE PESO</b>	<b>HISTORIA DE CANCER</b>	<b>INSESIBILIDAD: (donde)</b>	<b>DEBILIDAD: (donde)</b>

**¿Medicamentos que ha usado para tratar el dolor?**


**¿Qué tratamientos conservadores a tratado? (Circule todos los que aplican)**

<b>TERAPIA FISICA</b>	<b>TERAPIA AQUATICA</b>	<b>TERAPIA DE MASSAGE</b>	<b>CHIROPRACTICO</b>
<b>ULTRASONIDO</b>	<b>PSYCHOLOGIA</b>	<b>ACUPUNTURA</b>	<b>UNIDADES DE ELECTROESTIMULACION TRANSCUTANEA</b>

**¿Algún procedimiento medico intervenciones que ha tratado en el pasado? (Circule todos los que aplican)**

<b>INYECCIONES EPIDURALES DE ESTEROIDES</b>	<b>INYECCION DE LA ARTICULACION SACROILIACA</b>	<b>INYECCION EL LA FACETA</b>	<b>INYECCION EL LA ARTICULACION</b>	<b>ESTIMULADOR DE LA CUERDA ESPINAL</b>
<b>BLOQUEO DEL NERVIO</b>	<b>ABLACION POR RADIOFRECUENCIA</b>	<b>INYECCIONES EL SUS PUNTOS DE ACTIVACION</b>	<b>BOMBA PARA ANALGESIA</b>	

**¿Ha visto un doctor del mantenimiento de dolor antes? Por favor, de poner el nombre y dirección si contesta sí.**

---



---



---



---

*Munshi Modern Pain*

12553 Gulf Freeway, Houston, TX 77034

5420 West Loop S Suite 1100, Bellaire, TX 77401

PHONE: 281-922-9979

FAX: 281-929-0804



**Por favor de indicar cual de los siguientes anticoagulantes está tomando:**

- Aggrenox    Coumadin    Effient    Eliquis    Lovenox    Plavix  
 Praxada    Ticlid    Warfarin    Xarelto    Other: \_\_\_\_\_

**Nombre de el Cardiólogo que le receta los anticoagulantes:** \_\_\_\_\_

Por favor de listar los medicamentos que esta tomando a este tiempo:

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	DOSIS	FRECUENCIA EN QUE SE TOMA EL MEDICAMENTO

**Alergias que tenga hacia medicamentos / látex / yodo / pollo**

**Medicamento/Droga:** \_\_\_\_\_ **Reacción:** \_\_\_\_\_

**Medicamento/Droga:** \_\_\_\_\_ **Reacción:** \_\_\_\_\_

**Medicamento/Droga:** \_\_\_\_\_ **Reacción:** \_\_\_\_\_

**Medicamento/Droga:** \_\_\_\_\_ **Reacción:** \_\_\_\_\_

*Munshi Modern Pain*

12553 Gulf Freeway, Houston, TX 77034

5420 West Loop S Suite 1100, Bellaire, TX 77401

PHONE: 281-922-9979

FAX: 281-929-0804



## Historia Social

¿Cuál es su nivel de educación más alto? <input type="checkbox"/> No se graduó <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Escuela secundaria <input type="checkbox"/> Profesional Grado <input type="checkbox"/> Algo de universidad <input type="checkbox"/> Grado Universitario
¿Utiliza el tabaco? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Los cigarrillos sin humo <input type="checkbox"/> ocasional <input type="checkbox"/> ___ paquetes / día <input type="checkbox"/> ___ cigars / día ¿Consume alcohol? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Rara vez <input type="checkbox"/> Socialmente <input type="checkbox"/> Regularmente _____ bebidas / día
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Alguna vez ha usado drogas recreativas (de calle) en los últimos 5 años? En caso afirmativo, indique que y cuándo en el siguiente espacio: _____
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Tiene alguna historia de la recreación o adicción a las drogas de la calle?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Tiene alguna historia de dependencia del alcohol o alcoholismo?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Tiene alguna historia de abuso de medicamentos recetados?

## Historia Familiar

Por favor, enumere los problemas médicos de su familia inmediata, como la diabetes, presión arterial alta, enfermedades del corazón, etc.			
Relación:	Estado de Salud:	Relación:	Estado de Salud:
Padre		Hermano/a	
Madre		Hermano/a	
Hermano/a		Hijo/a	
Hermano/a		Hijo/a	
Por favor, marque aquí si es adoptado/a <input type="checkbox"/>			

*Munshi Modern Pain*

12553 Gulf Freeway, Houston, TX 77034

5420 West Loop S Suite 1100, Bellaire, TX 77401

PHONE: 281-922-9979

FAX: 281-929-0804



## Revisión de los síntomas:

<p><b>Constitucional</b></p> <p><input type="checkbox"/> No problemas <input type="checkbox"/> Pérdida de Peso <input type="checkbox"/> Aumento de Peso <input type="checkbox"/> Problemas para Dormir <input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Fatiga <input type="checkbox"/> Otro:</p>
<p><b>Cardiovasculares</b></p> <p><input type="checkbox"/> No Problemas <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho /presión <input type="checkbox"/> Frecuencia cardíaca rápida <input type="checkbox"/> Mala circulación <input type="checkbox"/> Inflamación de Piernas /Pies <input type="checkbox"/> Ritmo cardíaco irregular <input type="checkbox"/> Otro:</p>
<p><b>Gastrointestinales</b></p> <p><input type="checkbox"/> No Problemas <input type="checkbox"/> Estreñimiento <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Las náuseas / vómitos <input type="checkbox"/> Sangre en las heces <input type="checkbox"/> Dolor Abdominal <input type="checkbox"/> Otro:</p>
<p><b>Respiratorio</b></p> <p><input type="checkbox"/> No Problemas <input type="checkbox"/> Tos crónica <input type="checkbox"/> Las sibilancias <input type="checkbox"/> Falta de aliento <input type="checkbox"/> Tos con sangre <input type="checkbox"/> Oxígeno Hogar <input type="checkbox"/> Otro:</p>
<p><b>Piel</b></p> <p><input type="checkbox"/> No Problemas <input type="checkbox"/> Erupciones <input type="checkbox"/> Comezón <input type="checkbox"/> Cambio de color <input type="checkbox"/> Clave o el cambio de pelo <input type="checkbox"/> Fácil Moretones <input type="checkbox"/> Otro:</p>
<p><b>Neurológico</b></p> <p><input type="checkbox"/> No Problemas <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza <input type="checkbox"/> Fallas Recientes <input type="checkbox"/> Mala memoria <input type="checkbox"/> Desmayo <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Otro:</p>
<p><b>Trastornos musculo esqueléticos</b></p> <p><input type="checkbox"/> No Problemas <input type="checkbox"/> Dolor en las articulaciones <input type="checkbox"/> Espasmos musculares <input type="checkbox"/> Rigidez de las articulaciones <input type="checkbox"/> Debilidad muscular <input type="checkbox"/> Otro:</p>
<p><b>Psiquiátrico</b></p> <p><input type="checkbox"/> No Problemas <input type="checkbox"/> Tristeza frecuente <input type="checkbox"/> La preocupación excesiva <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Sentimientos de desesperanza <input type="checkbox"/> El estrés excesivo <input type="checkbox"/> Otro:</p>
<p><b>Oído, Nariz, Garganta</b></p> <p><input type="checkbox"/> No Problemas <input type="checkbox"/> El ronquido <input type="checkbox"/> Pérdida de la audición <input type="checkbox"/> Mareos <input type="checkbox"/> Zumbido en los oídos <input type="checkbox"/> Las hemorragias nasales <input type="checkbox"/> Otro:</p>
<p><b>Ojos</b></p> <p><input type="checkbox"/> No Problemas <input type="checkbox"/> Visión borrosa <input type="checkbox"/> Visión doble <input type="checkbox"/> Dolor de ojos <input type="checkbox"/> Enrojecimiento y Drenaje <input type="checkbox"/> El exceso de riego <input type="checkbox"/> Otro:</p>
<p><b>Genitourinario</b></p> <p><input type="checkbox"/> No Problemas <input type="checkbox"/> Sangre en la orina <input type="checkbox"/> Dolor al orinar <input type="checkbox"/> La incontinencia de orina <input type="checkbox"/> Micción frecuente <input type="checkbox"/> Cálculo renal <input type="checkbox"/> Otro:</p>
<p><b>Endocrino</b></p> <p><input type="checkbox"/> No Problemas <input type="checkbox"/> Calor Intolerancia <input type="checkbox"/> Intolerancia al frío <input type="checkbox"/> Cambios en el apetito <input type="checkbox"/> Sudoración anormal <input type="checkbox"/> Pérdida del cabello <input type="checkbox"/> Otro:</p>

*Munshi Modern Pain*

12553 Gulf Freeway, Houston, TX 77034

5420 West Loop S Suite 1100, Bellaire, TX 77401

PHONE: 281-922-9979

FAX: 281-929-0804