



Elaine Foster, Ph.D., ABPP

2488 Calle de Guadalupe, Mesilla, NM 88046 • (575) 323-0341 • Fax: (575) 252-6132

Dolor - Cuestionario de Evaluación Psicológica

¡POR FAVOR, UTILICE PLUMA!

Fecha de hoy ____/____/____ ¿Quién lo refirió? _____

DATOS PERSONALES

Nombre _____

Fecha de nacimiento ____/____/____ Edad ____ # de Seguro Social _____

Dirección: _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Celular _____ Teléfono del trabajo _____ Teléfono de casa _____

Años de escolaridad completados _____ Lugar de trabajo _____

Tipo de trabajo _____ Correo electrónico _____

Estado civil _____ Número de matrimonios _____ Religión _____

Estatura _____ Peso _____

Información acerca del cónyuge/pareja:

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ Edad ____

Dirección: _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Celular _____ Teléfono del trabajo _____ Teléfono de casa _____

Años de escolaridad completados _____ Lugar de trabajo _____

Tipo de trabajo _____ Correo electrónico _____

Estado civil _____ Número de matrimonios _____ Religión _____

Otros en el Hogar:

NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	PARENTESCO
_____	____/____/____	____	_____
_____	____/____/____	____	_____
_____	____/____/____	____	_____

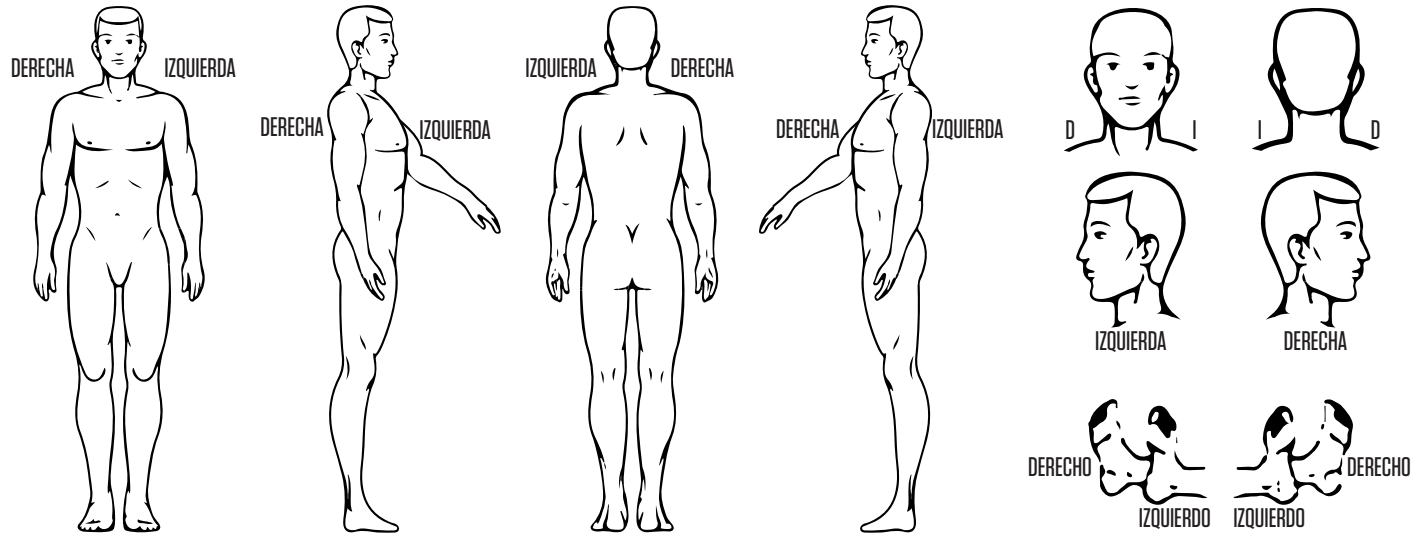
HISTORIAL DE DOLOR

¿Queja principal (Razón de su visita)? _____

¿Se esparce este dolor? De ser así ¿Dónde? _____

Por favor mencione las áreas adicionales de dolor: _____

Use este diagrama para indicar las áreas con dolor. Marque el lugar con una "X":



DESCRIPCIÓN DEL DOLOR

Marque todo lo siguiente que describa su dolor.

- | | | | |
|---|---|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Dolor no ubicado | <input type="checkbox"/> Calor/Ardor | <input type="checkbox"/> Intenso | <input type="checkbox"/> Punzante |
| <input type="checkbox"/> Calambres | <input type="checkbox"/> Entumecimiento | <input type="checkbox"/> Espasmos | <input type="checkbox"/> Palpitaciones |
| <input type="checkbox"/> Presionado | <input type="checkbox"/> Estremecimiento/Piquetes | | <input type="checkbox"/> Oprimido |

¿En que momento del día empeora el dolor?

- | | | | |
|---|---|---------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mañanas | <input type="checkbox"/> Durante el día | <input type="checkbox"/> Tardes | <input type="checkbox"/> Media Noche |
| <input type="checkbox"/> Siempre es igual | | | |

¿Que tan a menudo se presenta el dolor?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Constante | <input type="checkbox"/> Cambia de intensidad pero siempre está presente |
| <input type="checkbox"/> Intermitente (viene y va) | |

Si "0" significa que no hay dolor y "10" es el peor dolor que puedes imaginar ¿Cómo calificaría su dolor?

En este momento _____ Lo mejor que se presenta _____ Lo peor que se presenta _____

SÍNTOMAS INICIALES

Aproximadamente ¿Cuándo inicio este dolor? _____

¿Qué causó su actual episodio de dolor? _____

- | | | | |
|--|-----------------------------------|-------------------------------------|--|
| ¿Cómo inicio su actual episodio de dolor? | <input type="checkbox"/> Gradual | <input type="checkbox"/> Repentinor | |
| Desde que inició su dolor ¿Cómo ha cambiado? | <input type="checkbox"/> Mejorado | <input type="checkbox"/> Empeorado | <input type="checkbox"/> Se ha mantenido |

MARQUE EL NIVEL DE DOLOR QUE PRESENTA EN CADA UNA DE LAS SIGUIENTES ACCIONES (☑)

	Aumenta	Disminuye	No cambia
Inclinarse hacia atrás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inclinarse hacia adelante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cambio de clima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Subir escaleras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toser/Estornudar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manejar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Levantar objetos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mirar hacia arriba	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mirar hacia abajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Levantarse de estar sentado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pararse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Caminar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Qué otros factores empeoran o afectan su dolor que no se mencionen arriba?

POR FAVOR MARQUE LOS SIGUIENTES TRATAMIENTOS QUE HA UTILIZADO PARA ALIVIAR EL DOLOR (☑)

	No cambia	Empeora el dolor	Ayuda con el dolor
Cirugía en Espina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terapia física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuidados quiroprácticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terapia psicológica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soporte ortopédico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acupuntura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Compresas Caliente/Frías	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Masaje terapéutico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unidad TENS (impulsos eléctricos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Otro _____

HISTORIAL DE INTERVENCIONES PARA TRATAMIENTO DEL DOLOR

- Inyección de Esteroides vía Epidural (círcule todos los niveles que aplican) Cérvico/Torácica/Lumbar
- Inyección en Articulaciones - Articulación(es) _____
- Bloqueo de Rama media/Inyecciones facetarias (círcule todos los niveles que aplican) Cérvico/Torácica/Lumbar
- MILD (Descompresión Lumbar Invasiva Mínima) _____
- Bloqueo de Nervios - Área/Nervio(s): _____
- Ablación de Nervio por Radiofrecuencia (encierre los niveles) Cérvico/Torácica/Lumbar
- Estimulador de Medula Espinal - Solo de Prueba/Implante permanente _____
- Inyección en Punto de Activación - ¿Dónde? _____
- Vertebroplastia/Cifoplastia - Niveles _____
- Otro _____
- ¿Cuál de estos procedimientos listados arriba ayudo con su dolor?

HISTORIAL DE SALUD MENTAL

Por favor marque los siguientes problemas que ha experimentado en su vida:

- Depresión Ansiedad Alucinaciones Episodios maníacos
 Abuso físico/sexual en la infancia Negligencia infantil
 Maltrato conyugal Ataque sexual siendo adulto Abuso/ataque físico siendo adulto

Otras experiencias traumáticas: _____

¿Alguna vez usted ha estado en consejería? Sí No

Si la respuesta es sí ¿Cuándo? _____ ¿con quien? _____

¿La terapia le ha sido útil? Sí No

¿Alguna vez ha tomado pastillas para una condición emocional o mental? Sí No

HISTORIAL DE EJERCICIO:

¿Se ejercita regularmente? (3 o más veces por semana) Sí No

Si la respuesta es No ¿Por qué?

Dolor en coyunturas No me gusta ejercitarme Otra razón: _____

HISTORIAL EDUCATIVO

Años de escolaridad completados: _____

¿Usted tuvo problemas de aprendizaje en la escuela? Sí No

¿Estuvo en educación especial? Sí No

¿A usted le gustaba la escuela? Sí No

EMPLEO

¿Actualmente tiene empleo? Sí No

Tipo de empleo: _____ Lugar de trabajo: _____

Si no trabaja ¿Está discapacitado? Sí No

HISTORIAL MÉDICO

Marque las siguientes Condiciones/Enfermedades por las que ha sido tratado en el pasado:

Medicina General

- Cáncer - Tipo _____
- Diabetes - Tipo _____

Cardiovascular/Hematológico

- Anemia
- Infarto
- Enfermedad de Arteria Coronaria
- Presión Alta
- Enfermedad Vascul ar Periférica
- Derrame cerebral
- Ataque isquémico transitorio
- Desorden de Válvula del Corazón

Gastrointestinal

- GERD (Reflujo Ácido)
- Sangrado gastrointestinal
- Úlceras estomacales
- Constipación/Diarrea

Urológico

- Enfermedad crónica del riñón
- Piedras en el riñón
- Incontinencia urinaria
- Diálisis

Neuropsicológico

- Esclerosis múltiple
- Neuropatía periférica
- Convulsiones
- Depresión
- Ansiedad
- Esquizofrenia
- Desorden bipolar

Cabeza/Oídos/Ojos/Nariz/Garganta

- Dolor de cabeza
- Migrañas
- Herida de cabeza
- Hipertiroidismo
- Hipotiroidismo
- Glaucoma

Respiratorio

- Asma Apnea de Sueño
- Bronquitis/Neumonismo
- Enfisema/EPOC Musculoesquelético

Reumatológico

- Bursitis
- Síndrome del Túnel Carpiano
- Fibromialgia
- Osteoartritis
- Osteoporosis
- Artritis Reumatoide
- Dolor de articulaciones crónico

Otras condiciones diagnosticadas

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Médico personal (Nombre, teléfono, dirección): _____

Fecha de último examen físico: _____ Fecha de última prueba de sangre _____

¿Dónde? _____

Alergias

¿Tiene alguna alergia a medicamentos? Sí No Si es así ¿cuáles son las alergias?

¿A los alimentos? Sí No Si es así ¿a cuáles alimentos?

Medicamentos

Por favor enliste todos los medicamentos (incluya los no recetados)
y las dosis que usted está tomando actualmente:

MEDICAMENTOS	DOSIS	MEDICAMENTOS	DOSIS
1.		6.	
2.		7.	
3.		8.	
4.		9.	
5.		10.	

Todas las Hospitalizaciones

¿Ha sido hospitalizado por razones psiquiátricas? Sí No

POR FAVOR ENLISTE TODAS LAS HOSPITALIZACIONES MÉDICAS Y PSIQUIÁTRICAS.

FECHAS DE HOSPITALIZACIÓN	LUGAR	RAZÓN

Historial de Salud Mental Familiar

MIEMBRO DE LA FAMILIA	EDAD, SI VIVE	SALUD MENTAL O ABUSO DE SUBSTANCIAS, SI LAS HAY*	SI FALLECIÓ, EDAD DE MUERTE	SI YA FALLECIÓ, CAUSA DE MUERTE
Madre				
Padre				
Hermana/Hermano (encierre uno)				
Hermana/Hermano (encierre uno)				
Hermana/Hermano (encierre uno)				
Hermana/Hermano (encierre uno)				
Hermana/Hermano (encierre uno)				
Abuela materna				
Abuelo materno				
Abuela paterna				
Abuelo paterno				

*Como: alcoholismo, adicción a drogas, depresión, desorden bipolar, esquizofrenia, ADHD, ansiedad/pánico, desorden obsesivo-compulsivo (DOC), dificultad de aprendizaje, desorden de sueño, tendencias violentas

Tus respuestas a este cuestionario pueden ayudarte rápida y precisamente a entender tu preocupación.

- | | Si | No | | Si | No |
|--|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Ha estado constantemente deprimido o decaído, la mayor parte del día, casi todos los días, por las dos últimas semanas o más? (Si es así, pase a la siguiente pregunta, si no, pase a la pregunta 5) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 16. En los pasados 12 meses ¿Ha tomado bebidas alcohólicas o droga, más de una vez, para drogarte, sentirte mejor o cambiar tu estado de ánimo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Se ha vuelto menos interesado en cosas que solía disfrutar la mayoría del tiempo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Si es así ¿Cuál de los siguientes usó? | | |
| 3. ¿Cuándo pasa algo bueno, se siente mejor, aunque sea solo temporalmente? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - Estimulantes, anfetaminas, speed, crystal meth, dexedrina, ritalin, píldora para dieta. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Se ha sentido triste, decaído o deprimido la mayor parte del tiempo por los dos últimos años? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - Cocaína: Aspirada, Intravenosa, piedra, crack, "Cocaína y heroína". | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Aparte de estar intoxicado con drogas o alcohol ¿Se ha sentido tan "jovial" o "exaltado" que otras personas pensaron que no era usted mismo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - Narcóticos, heroína, morfina, anestésicos. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Se ha ido alguna vez por días de una sola vez sin sentir la necesidad de dormir mucho? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - Alucinógenos: LCD (ácido), mescalina, peyote, PCP (Polvo de Ángel, Píldora de Paz), psilocibina, STP, hongos, éxtasis, MDA. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Se siente actualmente "jovial" o "exaltado", o lleno de energía? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - Inhalantes: Pegamento, latas de spray, "Poppers". | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Ha estado frecuentemente irritable, exagerando contratiempos que tú u otros considerarían relativamente menor? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - Marihuana: Hachís, Yerba, THC. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. ¿Ha tenido ataques de ansiedad, por ejemplo, asustarse intensamente, incómodo o difícil sin razón aparente? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - Tranquilizantes o depresivos. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. ¿Te sientes ansioso o incómodo en ciertos lugares o situaciones? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - Variados: Esteroides, pastillas para dormir no recetadas, píldoras para dieta, otros. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. En el mes pasado ¿Ha sido molestado repetidamente por no deseados pensamientos o imágenes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 17. En los pasados tres meses ¿Ha comido una gran cantidad de comida dentro de un periodo de dos horas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. En el mes pasado ¿Ha hecho algo repetidamente sin ser capaz de resistirte a hacerlo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 18. ¿Ha sentido que debiera reducir su consumo de alcohol o drogas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. ¿Alguna vez ha experimentado o atestiguado serias heridas o amenazas a ti o a otra persona, incluso la muerte? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 19. ¿Alguna vez alguien le ha hecho enojar por decirle que debiera reducir su consumo de alcohol o drogas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. ¿Alguna vez ha revivido un evento angustioso en sueños, retrospectivas o reacciones físicas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 20. ¿Alguna vez se ha sentido culpable o mal por su consumo de alcohol o drogas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. En los pasados 12 meses ¿Ha tomado dos o tres bebidas alcohólicas dentro de un periodo de tres horas en más de tres ocasiones? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 21. ¿Se despierta en la mañana queriendo una bebida alcohólica o tomar drogas (abre ojos)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | 22. ¿Alguien le ha criticado o dicho que tiene un problema de juego? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | 23. ¿Ha tenido que mentir a miembros de familia, amigos o terapeuta acerca de sus prácticas de juego? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | 24. En el mes pasado ¿Tuvo pensamientos suicidas (por ejemplo: desear estar muerto o que estarían mejor contigo muerto)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | 25. ¿Ha intentado suicidarse? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Revisión de sistemas: Por favor marque todo lo siguiente que aplique a usted.

General

- Fiebre
- Sudoración por las noches
- Escalofríos
- Fatiga
- Cambio de peso
Subió Bajó # _____

Ojos

- Borrosa o vista doble
- Pérdida de vista
- Anteojos o lentes de contacto
- Ojos secos

Cabeza, Oído, Naríz, Garganta

- Pérdida de oído
- Pérdida del gusto
- Congestión nasal
- Escurrimiento nasal
- Asfixia
- Ronquera
- Dolor de Garganta
- Bosa seca

Respiratorio

- Tos
- Falta de aliento
¿Con esfuerzo? Acostado

Cardiovascular

- Dolor en el pecho
- Presión alta
- Dolor de pantorrilla al caminar
- Hinchazón de pierna

Gastrointestinal

- Dolor abdominal
- Indigestión
- Nauseas
- Vómito
- Constipación
- Diarrea
- Incontinencia intestinal

Genitourinario

- Orinar con frecuencia/urgencia
- Ardor al orinar
- Incontinencia de vejiga
- Disfunción eréctil
- Sexualmente activo

Ginecológico

- Embarazada
- Sangrado vaginal anormal
- Excesivo dolor menstrual
- Postmenopausia
- Resequedad vaginal

Musculoesquelético

- Dolor de espalda
- Dolor de cuello
- Dolor de articulaciones
¿Cuál(es) articulaciones?

- Hinchazón de articulación
- Articulación caliente/enrojecida

Nerológico

- Desmayo
- Entumecimiento
- Convulsiones
- Temblores
- Debilidad
- Dolores de cabeza
- Falta de memoria o concentración

Psicológico

- Ansias/Nervios
- Irritabilidad
- Cambio de apetito
- Cambio en el patrón de sueño
- Sentimientos depresivos

Endócrino

- Diabetes
- Incremento de sed
- Problemas de tiroides
- Sudor excesivo
- Intolerancia al calor
- Intolerancia al frío

Hematológico

- Anemia
- Moretones o sangrado con facilidad
- Transfusiones previas

Piel

- Llagas por presión
- Erupciones

Aunque nosotros le pediremos que le saque una copia a su tarjeta de seguro, le agradeceremos que llene el siguiente formulario:

ASEGURADORA PRINCIPAL

Nombre de la compañía de seguros _____

Póliza _____ # Grupo _____ Autorización o Número de Referido _____

Nombre de la persona asegurada _____

Fecha de nacimiento _____ #Seguro Social _____

Dirección, números de teléfono y el lugar de empleo de los asegurados (si es diferente a la proporcionada en la primera página):

Dirección: _____ Ciudad _____ Estado _____

Código postal _____ Teléfono de casa _____ Teléfono celular _____

Lugar de trabajo _____ Teléfono en el trabajo _____

COMPAÑÍA ADICIONAL DE SEGURO

Nombre de la compañía de seguros _____

Póliza _____ # Grupo _____ Autorización o Número de Referido _____

Nombre de la persona asegurada _____

Fecha de nacimiento _____ #Seguro Social _____

Dirección, números de teléfono y el lugar de empleo de los asegurados (si es diferente a la proporcionada en la primera página):

Dirección: _____ Ciudad _____ Estado _____

Código postal _____ Teléfono de casa _____ Teléfono celular _____

Lugar de trabajo _____ Teléfono en el trabajo _____

FIRMA DEL PACIENTE O DE LA PERSONA AUTORIZADA:

Autorizo la divulgación de cualquier información médica o de otra índole necesaria para **procesar las**

reclamaciones del seguro: * Tenga en cuenta que si utilizas el seguro de compensación del trabajador (**Workman's Comp**) para esta evaluación, su firma a continuación nos autorizará a procesar un reclamo a través de este seguro.

Sí No

Autorizo el pago de prestaciones médicas por los servicios proporcionados: Sí No

FIRMADO POR: _____

FECHA: ____/____/____

CONSENTIMIENTO INFORMADO CON RESPECTO A LA DECISIÓN CIRÚRGICA FINAL:

Yo, el paciente, entiendo que el cirujano que realizará la cirugía y mi compañía de seguro(s) tomarán la determinación final sobre la aprobación para que yo me someta a la cirugía de estimulador de la columna dorsal. También entiendo que el psicólogo que realiza la evaluación no es la persona que toma la decisión final, sino más bien, está haciendo recomendaciones al cirujano y la compañía de seguros a través de su informe. Para cada artículo a continuación, indique su preferencia, proporcione sus iniciales en la línea a la izquierda y firme a continuación:

_____ Sí No Concedo permiso para que la psicóloga, Dr. Elaine Foster, para enviar un informe de su hallazgo a mi médico del dolor.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN A OTROS PROFESIONALES DE LA SALUD:

Para cada artículo, a continuación, indique **su preferencia**, proporcione sus **iniciales en la línea a la izquierda** y firme a continuación:

_____ Sí No Concedo permiso para que la psicóloga, Dr. Elaine Foster, hable con mi médico de atención primaria sobre mi estado psicológico y médico.

_____ Sí No Concedo permiso para que el Dr. Foster hable con (nombre, dirección y teléfono de otros proveedores de salud):

sobre mi estado psicológico y médico.

Nombre (impreso)

Firma

Fecha

PRIVACIDAD: Su firma a continuación indica que usted indica que ha leído el HIPAA y políticas de privacidad del Dr. Foster y aprueba su acuerdo paciente-psicólogo.

Nombre (impreso)

Firma

Fecha