

**MORRIS JAGODOWICZ, M.D.
PAIN MANAGEMENT**

CONTROL DEL DOLOR – BLOQUEO DE NERVIOS

**Doctors Medical Plaza
10515 Balboa Blvd., Suite 390
Granada Hills, CA 91344
(818) 360-4949**

AUTO EVALUCION PARA EL PACIENTE

Por favor complete este formulario. Utilice un bolígrafo.

NOMBRE: _____ EDAD: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

DIRECCION: _____ SEXO: _____ ESTADO _____

CIVIL: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CODIGO _____

POSTAL: _____

TELEFONO: _____

OCUPACIÓN: _____ EMPLEADOR: _____

¿POSEE SEGURO? _____

(Por favor entregue en la oficina alguna tarjeta o formulario del seguro)

MEDICO CLINICO DE CABECERA (si posee) _____

FECHA DEL ACCIDENTE: _____

Describa con sus palabras cómo es su dolor (donde lo siente, cómo lo siente, es permanente, viene y se va, se expande hacia otras zonas del cuerpo?):

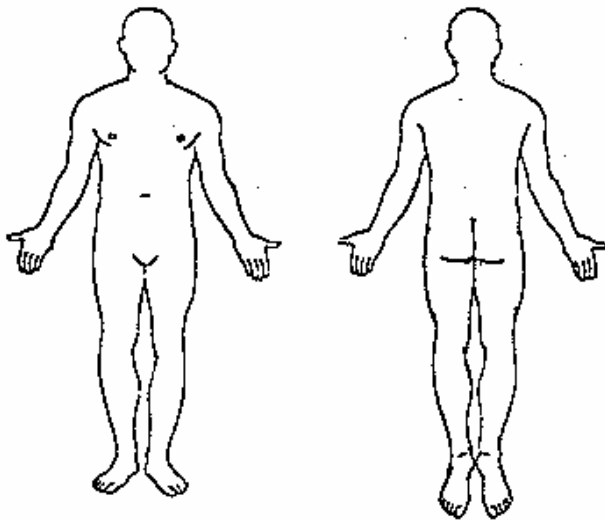
¿Por cuánto tiempo ha tenido este problema? :

¿Qué fue lo que provocó su dolor?(Accidente, etc.) Por favor describa:

¿Alguna vez estuvo en tratamiento por este dolor? (Cirugías, otros bloqueos, medicamentos). De ser así, por favor especifíquelo a continuación junto con la fecha.

En las figuras que están a continuación, indique lo siguiente:

1. Todas las zonas de dolor (xxxxxxxxxxxxx)
2. Zona donde el dolor es más fuerte (**)
3. Zonas de entumecimiento y cosquilleo (hormiguelo) (oooooooooooo)



¿Se mueve el dolor de una zona a otra? (si /no). En caso afirmativo describa.

Utilizando la siguiente lista, indique si su dolor aumenta o disminuye.

Caminar ____ Estar sentado ____ Estar de pié ____ Estar recostado ____ Mientras duerme ____
Fatiga ____ Tensión ____ Ejercicio ____ Actividad sexual ____ Inclinarsse o Agacharse ____
Trabajar ____ Limpiar la casa ____ Bebidas Alcohólicas ____ Medicamentos ____
Movimiento Intestinal ____ Levantar objetos ____

¿Cuándo fue la última vez que realizó su trabajo habitual (fecha)?

¿Es su caso de compensación laboral? (si /no)

¿ Tiene usted una demanda legal por causa de este dolor (si /no)?
