



INSTITUTO ALIAGA
Vivir sin dolor

CENTRO MÉDICO TEKNON
Consultorios Marquesa – Despacho 10
Marquesa de Vilallonga, 12
08017 Barcelona
Tel. 93 595 29 10
secretaria.teknon@institutoaliaga.com
institutoaliaga.com

HOSPITAL EL PILAR
Planta 1ª – Despacho 8
Balmes, 271
08006 Barcelona
Tel. 93 016 49 36
secretaria.elpilar@institutoaliaga.com

Cuestionario de primera visita

Paciente: _____

Fecha: _____

| | |
|--|--|
| Motivo de la consulta (a rellenar por el médico): | |
|--|--|

INFORMACIÓN SOBRE SU DOLOR

- Por favor, marque o dibuje en las siguientes figuras las áreas dolorosas:

DERECHA

IZQUIERDA

IZQUIERDA

DERECHA

- 1 -

- ¿Cuándo y cómo empezó el Dolor? (¿Tuvo usted algún traumatismo o caída relacionada con el Dolor?)

- ¿Sabe usted la causa de su Dolor? (algún diagnóstico) _____
- Si tiene Dolor en la espalda y la pierna ¿cuál de los dos es peor? _____
- Si tiene Dolor en el cuello y el brazo ¿cuál de los dos es peor? _____
- Durante el día, su Dolor es ¿continuo o intermitente? _____
- Por favor, marque cuál de las siguientes situaciones o posiciones EMPEORAN su Dolor:

| | | |
|------------|----------------------------|-----------------|
| Sentado___ | Inclinado hacia delante___ | Tosiendo___ |
| Parado___ | Inclinado hacia atrás___ | Estornudando___ |
- Por favor, marque cuál de las siguientes situaciones o posiciones MEJORAN su Dolor:

| | | |
|----------|----------------|--|
| Calor___ | Boca abajo___ | Medicamentos___ |
| Frío___ | Descansando___ | Apoyando sobre el carro del mercado___ |



INSTITUTO ALIAGA
Vivir sin dolor

CENTRO MÉDICO TEKNON
Consultorios Marquesa – Despacho 10
Marquesa de Vilallonga, 12
08017 Barcelona
Tel. 93 595 29 10
secretaria.teknon@institutoaliaga.com
institutoaliaga.com

HOSPITAL EL PILAR
Planta 1ª – Despacho 8
Balmes, 271
08006 Barcelona
Tel. 93 016 49 36
secretaria.elpilar@institutoaliaga.com

- Marque con un círculo la intensidad de su Dolor en la actualidad

| | | | | | | | | | | |
|-----------|---|---|---|---|-----------------------|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| SIN DOLOR | | | | | PEOR DOLOR IMAGINABLE | | | | | |

- ¿Le han visitado a usted otros médicos por este Dolor? / ¿Cuándo? / ¿Qué le hicieron?

- ¿Qué MEDICAMENTOS toma o ha tomado PARA SU DOLOR?

| MEDICACIÓN | lo toma actualmente | No le ayudaron | | | | | | | | | | Mejóro completamente | | | | | | | | | |
|---------------------|---------------------|----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| _____ | SI / NO | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| _____ | SI / NO | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| _____ | SI / NO | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| _____ | SI / NO | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Efectos secundarios | SI / NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

- ¿Ha efectuado algún otro TRATAMIENTO PARA SU DOLOR?

| INFILTRACIÓN | SI / NO | No le ayudaron | | | | | | | | | | Mejóro completamente | | | | | | | | | |
|--------------|---------|----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| _____ | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| _____ | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| _____ | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| _____ | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| FISÍOTERAPIA | SI / NO | No le ayudó | | | | | | | | | | Mejóro completamente | | | | | | | | | |
| _____ | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| ACUPUNTURA | SI / NO | No le ayudó | | | | | | | | | | Mejóro completamente | | | | | | | | | |
| _____ | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

- 2 -

SU ESTADO DE SALUD GENERAL

- ¿Ha sufrido Usted o un familiar de alguna de estas enfermedades?

| Enfermedad | Usted | Familiar | Enfermedad | Usted | Familiar |
|-----------------------|-------|----------|------------------------------|-------|----------|
| Cataratas / Glaucoma | | | Hipertensión | | |
| Tiroides | | | Accidentes cerebrales | | |
| Diabetes | | | Enfermedad del hígado | | |
| Ardor de estómago | | | Enfermedad del riñón | | |
| Problemas cardiacos | | | Osteoartritis u Osteoporosis | | |
| Marcapasos | | | Artritis reumatoide | | |
| Enfisema o Bronquitis | | | Esclerosis múltiple | | |
| Asma | | | Migrañas | | |
| Tuberculosis | | | Cáncer | | |
| Fibromialgia | | | Depresión / Ansiedad | | |

- Otras: _____



INSTITUTO ALIAGA
Vivir sin dolor

CENTRO MÉDICO TEKNON
Consultorios Marquesa – Despacho 10
Marquesa de Vilallonga, 12
08017 Barcelona
Tel. 93 595 29 10
secretaria.teknon@institutoaliaga.com
institutoaliaga.com

HOSPITAL EL PILAR
Planta 1ª – Despacho 8
Balmes, 271
08006 Barcelona
Tel. 93 016 49 36
secretaria.elpilar@institutoaliaga.com

CUESTIONARIO Mc Gill Pain

A continuación tiene 20 apartados con palabras que pueden describir como es su Dolor actualmente. Haga un círculo a aquellas palabras que mejor lo describan. Marque sólo una palabra de cada apartado, o bien déjelo en blanco si los términos no se corresponden con su Dolor.

1
Parpadea
Tiembla
Palpita
Golpea
Martillea

2
Sacudida
Chispazo
Disparo

3
Pincha
Perfora
Taladra
Apuñala
Desgarra

4
Afilado
Cortante
Punzante

5
Pellizco
Aprieta
Mordisco
Calambre
Aplastante

6
Tira
Tracciona
Arranca

7
Calienta
Arde
Quema
Abrasa

8
Hormigueo
Picor
Escozor
Agujonea

9
Amortiguado
Penoso
Hiriente
Irritante
Insistente

10
Rozadura
Tirante
Áspero
Raspante

11
Cansa
Agota

12
Marea
Sofoca

13
Tremendo
Horroroso
Aterrorizante

14
Atosigante
Incapacitante
Implacable
Rabioso
Mortificante

15
Detestable
Cegador

16
Molesto
Incómodo
Apabullante
Intenso
Inaguantable

17
Difuso
Radiante
Penetrante
Punzante

18
Aprieta
Adormece
Comprime
Estruja
Agarrota

19
Fresco
Frío
Helado

20
Desagradable
Nauseabundo
Agonizante
Espantoso
Torturante

(A valorar por el doctor)

SENSORIO (1-10):

AFFECTIVO (11-15):

EVALUATIVO (16):

MISCELANEOS (17-20):



INSTITUTO ALIAGA

Vivir sin dolor

CENTRO MÉDICO TEKNON
Consultorios Marquesa – Despacho 10
Marquesa de Vilallonga, 12
08017 Barcelona
Tel. 93 595 29 10
secretaria.teknon@institutoaliaga.com
institutoaliaga.com

HOSPITAL EL PILAR
Planta 1ª – Despacho 8
Balmes, 271
08006 Barcelona
Tel. 93 016 49 36
secretaria.elpilar@institutoaliaga.com

ESCALA HAD

Lea cada frase y marque la respuesta que más se ajusta a cómo se sintió usted la semana pasada. Lo más seguro es que si trabaja sin pensar mucho en las respuestas, éstas se ajustarán mucho más a cómo se sintió la semana pasada. El resultado permitirá conocer la repercusión emocional y por lo tanto la necesidad de modificar su estado emocional para asegurar mayor efectividad en su tratamiento.

| | |
|--|--|
| 1. Me siento tenso (a) o nervioso (a): 3. Todos los días 2. Muchas veces 1. A veces 0. Nunca | 2. Todavía disfruto con lo que antes me gustaba: 0. Como siempre 1. No lo bastante 2. Sólo un poco 3. Nada |
| 3. Tengo una sensación de miedo, como si algo malo me fuera a suceder: 3. Definitivamente, y es muy fuerte 2. Sí, pero no es muy intenso 1. Un poco, pero me importa 0. Nada | 4. Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas: 0. Igual que siempre 1. No tanto como antes 2. Casi nunca 3. Nada |
| 5. Tengo mi mente llena de preocupaciones: 3. Casi todo el día 2. Con bastante frecuencia 1. A veces 0. Sólo en ocasiones | 6. Me siento alegre: 3. Nunca 2. No muy a menudo 1. A veces 0. Casi siempre |
| 7. Puedo estar sentado (a) tranquilamente y sentirme relajado (a): 0. Siempre 1. Por lo general 2. No muy a menudo 3. Nunca | 8. Me siento más lento (a) y torpe: 3. Gran parte del día 2. Muy a menudo 1. A veces 0. Nunca |
| 9. Tengo una desagradable sensación de “nervios y hormigueos” en el estómago: 0. Nunca 1. En ciertas ocasiones 2. A veces 3. Siempre | 10. He perdido el interés por mi aspecto personal: 3. Totalmente 2. No me cuido como debería 1. Es posible que no me cuide como debería 0. Me cuido como siempre lo he hecho |
| 11. Me siento inquieto (a) como si no pudiera parar de moverme: 3. Mucho 2. Bastante 1. No mucho 0. Nada | 12. Me siento optimista respecto al futuro: 0. Igual que siempre 1. Algo menos que antes 2. Mucho menos que antes 3. Nada |
| 13. Experimento sensaciones repentinas de pánico, angustia o temor: 3. Muy frecuentemente 2. Bastante a menudo 1. No muy a menudo 0. Nunca | 14. Me divierto con un buen libro, la radio o un programa de televisión: 0. A menudo 1. Algunas veces 2. Pocas veces 3. Casi nunca |
| Puntuación A: | Puntuación D: |