

Cuestionario de seguimiento del dolor crónico

Nombre del paciente _____ Fecha _____

Por favor, elija la respuesta más apropiada para cada pregunta.

1. ¿Cuánto le duele cuando camina?

Para nada **Un poco** **Moderadamente** **Mucho**

2. ¿Cuánto lo afecta su dolor al disfrutar su vida (sus amistades, sus viajes, sus pasatiempos y su trabajo)?

Para nada **Un poco** **Moderadamente** **Mucho**

3. ¿Cuánto le duele cuando va de compras?

Para nada **Un poco** **Moderadamente** **Mucho**

4. ¿Cuánto le duele cuando maneja?

Para nada **Un poco** **Moderadamente** **Mucho**

5. ¿Cuánto interfiere el dolor con su capacidad de hacer ejercicios?

Para nada **Un poco** **Moderadamente** **Mucho**

6. ¿Cuánto le duele cuando toma un baño?

Para nada **Un poco** **Moderadamente** **Mucho**

7. ¿Cuánto interfiere el dolor para llegar al baño a tiempo?

Para nada **Un poco** **Moderadamente** **Mucho**

8. ¿Cuánto afecta el dolor su capacidad de pensar claramente?

Para nada **Un poco** **Moderadamente** **Mucho**

9. ¿Cuánto interfiere el dolor con su sueño?

Para nada **Un poco** **Moderadamente** **Mucho**

10. ¿Cuánto afecta el dolor su apetito?

Para nada **Un poco** **Moderadamente** **Mucho**

11. ¿Cuánto afecta el dolor su carácter y ánimo?

Para nada Un poco Moderadamente Mucho

12. ¿Cuánto interfiere el dolor con sus relaciones familiares y sus amigos?

Para nada Un poco Moderadamente Mucho

13. ¿Cuánto afecta el dolor su energía?

Para nada Un poco Moderadamente Mucho

**Medicamento(s)
actual(es)**

Enumere los medicamentos actuales que está tomando para el dolor y con cuánta frecuencia lo hace. Usted puede decir cuántos son y con cuánta frecuencia, o cuántas píldoras usa por día para cada medicina.

Nombre de la medicina

Dosis y frecuencia diaria

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Revisión de los síntomas

¿Ha tenido usted alguno de los siguientes problemas en los últimos meses? Por favor, descríbalos brevemente, con las fechas aproximadas. Si necesita más espacio, escriba en el reverso de la hoja. Deje el espacio en blanco si el problema no ha ocurrido.

Problema	Descripción, fecha(s)
Problemas de visión o audición	_____
Falta de energía	_____
Menor atención/Fatiga	_____
Mareos/Inestabilidad	_____
Desmayos	_____
Caídas o tropezones	_____
Boca seca	_____
Dolor o malestar de pecho	_____
Reflujo o dolor de estómago	_____
Estreñimiento	_____
Náuseas	_____
Cambio de apetito	_____
Cambio de peso	_____
Hinchazón	_____
Sudores nocturnos	_____
Problemas para dormir	_____
Depresión	_____
Problemas de micción	_____
Confusión	_____
Trastornos sexuales	_____