



DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
Y SALUD COMUNITARIA

Patient Registration Stamp

**PAQUETE DE VALORACIÓN INICIAL DEL PACIENTE
PARA LA EVALUACIÓN DEL DOLOR CRÓNICO**

Departamento de Medicina Familiar y Salud Comunitaria

Su nombre: _____ Fecha: _____

A todos los pacientes que necesitan ayuda para el control del dolor crónico se les pide que llenen unos cuestionarios de autoevaluación.

Contestar estos cuestionarios es completamente voluntario. Sin embargo, estos documentos serán muy útiles para que su proveedor de cuidado primario pueda tomar con usted las decisiones más acertadas respecto a su dolor.

Con ellos aumentará la calidad de la atención que les prestamos a nuestros pacientes con dolor.

Por favor llene los cuestionarios con la mayor atención posible. Su proveedor de cuidado primario los revisará con usted durante su consulta anual.

Algunas de las preguntas se repetirán en cada consulta, por ejemplo, las que se refieren a su dolor actual y a sus niveles de funcionalidad.

Si tiene preguntas, por favor hágaselas a las enfermeras o al personal del consultorio mientras responde los cuestionarios.

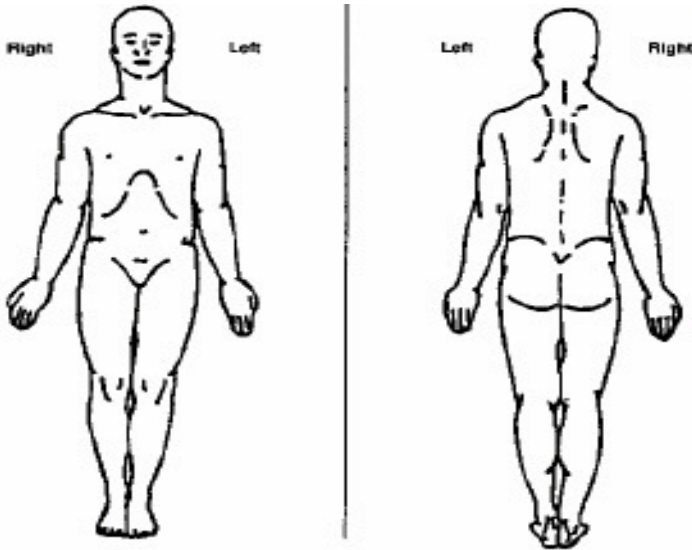
Cuestionario Breve Para La Evaluación (SHORT FORM)© 1991
Charles S. Cleeland/Pain Research Group –Used by Permission.

1. Todos hemos tenido dolor alguna vez en nuestra vida (por ejemplo, dolor de cabeza, contusiones, dolores de dientes). ¿En la actualidad, ha sentido un dolor distinto a estos Dolores comunes?

- Si NO

2. Indique en el dibujo, con un lapic, donde siente el dolor. Indique con una "x" la parte del cuerpo en la cual el dolor es más grave.

Derecha Izquierda Derecha Izquierda



3. Clasifique su dolor hacienda un círculo alrededor del número que mejor describe la intensidad **máxima** de dolor sentido en las últimas 24 horas.

- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Ningún Dolor _____ El Peor Dolor Imaginable

4. Clasifique su dolor hacienda un círculo alrededor del número qu mejor describe la intensidad **mínima** de dolor sentido en las últimas 24 horas.

- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Ningún Dolor _____ El Peor Dolor Imaginable

5. Clasifique su dolor hacienda un círculo alrededor del número qu mejor describe la intensidad **media** de dolor sentido en las últimas 24 horas.

- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Ningún Dolor _____ El Peor Dolor Imaginable

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Historia clínica: _____

6. Clasifique su dolor hacienda un círculo alrededor del número qu mayor describe la intensidad de dolor **actual**.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Ningún Dolor El Peor Dolor Imaginable

7. ¿En las últimas 24 horas, cuánto alivio ha sentido con el tratamiento o con el medicamento? Indique con un círculo el porcentaje que mejor se adapta a su alivio.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
Ningún Alivio Alivio Total

8. Haga un círculo alrededor del número que mejor describe la manera en que el dolor ha interferido, durante las últimas 24 horas, con su:

A. Actividad en general
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
No Interfiere Interfiere por Completo

B. Estado de ánimo
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
No Interfiere Interfiere por Completo

C. Capacidad de caminar
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
No Interfiere Interfiere por Completo

D. Trabajo normal (ya sea en casa o afuera)
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
No Interfiere Interfiere por Completo

E. Relaciones con otras personas
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
No Interfiere Interfiere por Completo

F. Sueño
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
No Interfiere Interfiere por Completo

OFFICE USE ONLY:

MEAN of items #3, 4, 5= _____ X 100= _____ BPI TOTAL PAIN SCORE

MEAN of #8 A, D, E= _____ X100= _____ BPI TOTAL FUNCTIONAL SCORE

CUESTIONARIO PARA LOS PACIENTES – PHQ-9

Lista de los nueve síntomas

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

1. En el transcurso de las 2 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido usted molestias con alguno de los siguientes problemas?:

	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
	(0)	(1)	(2)	(3)
a. Tiene poco interés o placer en hacer cosas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Se siente desanimado(a), deprimido(a), o sin esperanza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Tiene problemas para dormirse o mantenerse dormido (a), o durmiendo demasiado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Se siente cansado o tiene poca energía.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Tiene poco apetito o come demasiado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Se siente mal consigo mismo(a)-como si fuera un fracaso o decepcionado(a) consigo mismo(a) o que había decepcionado a su familia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Tiene dificultades para concentrarse en las cosas, tales como leer el periódico o ver televisión.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Se mueve o habla demasiado despacio que las personas se han dado cuenta (o lo contrario, se siente tan nervioso o inquieto que se ha estado moviendo mucho, más de lo que acostumbra).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Piensa que estaría mejor si estuviera muerto o piensa en hacerse daño de alguna manera.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. En los últimos 2 años, ¿se ha sentido deprimido o triste la mayoría de los días, aunque se haya sentido bien algunas veces?

Sí No

3. Resumiendo este cuestionario, qué tan difícil se le hace cumplir con su rutina diaria y como tal relacionarse con otras personas debido a estos problemas ya mencionados.

Nada difícil Algo difícil Muy difícil Completamente difícil

ESTE CUESTIONARIO PUEDE SER FOTOCOPIADO PARA SER UTILIZADO EN EL CONSULTORIO DEL MÉDICO. Derechos de Autor de Pfizer.

CONSUMO DE ALCOHOL (EVALUACIÓN) - Encierre en un círculo la respuesta a cada pregunta.					
¿Con qué frecuencia toma bebidas alcohólicas?	(0) Nunca	(1) Una vez al mes	(2) Entre 2 y 4 veces al mes	(3) Entre 2 y 3 veces a la semana	(4) 4 o más veces a la semana
¿Cuántas bebidas alcohólicas toma en un día típico en que esté tomando?	(0) 1 ó 2	(1) 3 ó 4	(2) 5 ó 6	(3) Entre 7 y 9	(4) 10 ó más
¿Con qué frecuencia toma seis o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión?	(0) Nunca	(1) Menos de una vez al mes	(2) Una vez al mes	(3) Una vez a la semana	(4) A diario o casi todos los días
¿Con qué frecuencia durante el último año se ha dado cuenta de que no puede dejar de tomar una vez que haya comenzado?	(0) Nunca	(1) Menos de una vez al mes	(2) Una vez al mes	(3) Una vez a la semana	(4) A diario o casi todos los días
¿Con qué frecuencia durante el último año no ha hecho lo que se esperaba de usted a causa de su problema de bebida?	(0) Nunca	(1) Menos de una vez al mes	(2) Una vez al mes	(3) Una vez a la semana	(4) A diario o casi todos los días
¿Con qué frecuencia durante el último año ha necesitado un primer trago por la mañana para poder iniciar el día después de una sesión en la que tomó mucho?	(0) Nunca	(1) Menos de una vez al mes	(2) Una vez al mes	(3) Una vez a la semana	(4) A diario o casi todos los días
¿Con qué frecuencia durante el último año no ha podido recordar lo que pasó la noche anterior porque había estado tomando?	(0) Nunca	(1) Menos de una vez al mes	(2) Una vez al mes	(3) Una vez a la semana	(4) A diario o casi todos los días
¿Usted o alguna otra persona han resultado lesionados como resultado de su problema de bebida?	(0) NO	(2) Sí, pero no en el último año	(4) Sí, durante el último año		
¿Un amigo, pariente, médico u otro profesional de la salud ha estado preocupado por su problema de bebida o le ha sugerido que tome menos?	(0) NO	(2) Sí, pero no en el último año	(4) Sí, durante el último año		
FOR OFFICE USE : Total Score _____					

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Historia clínica: _____

ANTECEDENTES DE TRAUMA INTERPERSONAL	Nunca	A veces	Con frecuencia	Con mucha frecuencia
1. Cuando era niño, en mi familia me pegaban tan fuerte que me dejaban moretones o marcas	1	2	3	4
2. Cuando era niño, alguien trató de tocarme en una forma sexual o trató de que yo lo/a tocara	1	2	3	4
3. ¿Alguna vez ha tenido una relación en la que su pareja lo/la empujó o le pegó?	SÍ		NO	
4. ¿Alguna vez ha tenido una relación en la que su pareja lo/la amenazó con un acto violento?	SÍ		NO	
5. ¿Alguna vez ha tenido una relación en la que su pareja arrojaba, rompía o golpeaba cosas?	SÍ		NO	
FOR OFFICE USE: Total Score Items 1 & 2: _____	SÍ		NO	

Problems with using medication or other drugs-DAST Questionnaire		
<i>Estas preguntas estan referidas a los ultimos doce meses:</i>		
¿ Ha usado drogas que no eran requeridas por razones médicas?	Sí	No
¿Ud. abusa mas de una droga a la vez?	Sí	No
¿Es Ud. capaz de parar de usar drogas siempre cuando se lo propone?	Sí	No
¿Ha tenido “pérdidas de conocimiento” o una “memoria repentina” como resultado del uso de drogas?	Sí	No
¿Alguna vez se siente mal o culpable debido a su uso de drogas?	Sí	No
¿Alguna vez su pareja (o familiares) se han quejado de su uso de drogas?	Sí	No
¿Ha desatendido a su familia debido a su uso de drogas?	Sí	No
¿Se ha implicado en actividades ilegales con el fin de obtener drogas?	Sí	No
¿Alguna vez ha experimentado síntomas de abstinencia (sentirse enfermo) cuando dejo de usar drogas?	Sí	No
¿Ha tenido problemas médicos como resultado de su uso de drogas (pérdida de la memoria, hepatitis, convulsiones, hemorragia, etc.)?	Sí	No
For OFFICE USE ONLY: Total score: _____		

Fijación de metas

Piense en una época en la que tenía más capacidad de hacer las cosas que le gustan. ¿Qué cosas le gustaría poder hacer de nuevo si tuviera menos dolor? (ejemplos: hacer ejercicio, jardinería, limpiar la casa, buscar empleo, jugar con los nietos, tener relaciones íntimas con su cónyuge o pareja, o mejorar la relación que tiene con esta persona)

1. _____

2. _____

3. _____

Fijación de metas

Enumere tres cosas que pueda hacer para realizar **una** de las cosas a las que tuvo que renunciar por causa del dolor:

1. _____ 2. _____ 3. _____

¿Qué barreras tendrá que vencer para trabajar en sus metas? (ejemplos: tiempo, dinero, influencia de los amigos o la familia, actitud)

1. _____ 2. _____ 3. _____