

# ¡AY!

## Informe de Cambio de Estado

Si ha experimentado un cambio repentino en su condición física, nos gustaría saberlo. Saber cómo lo está haciendo nos ayuda a proporcionarle los tratamientos más apropiados y seguros. Describa con detalle cualquier molestia, accidente o lesión desde el último tratamiento.

NOMBRE \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

**QUE** Desde su última visita, ¿ha tenido alguna de las siguientes opciones? Si la respuesta es sí, por favor indique cuándo y cómo.

- Caídas \_\_\_\_\_
- Accidentes \_\_\_\_\_
- Lesiones \_\_\_\_\_

Lista de nuevos síntomas \_\_\_\_\_

¿ Cuándo comenzaron estos síntomas? \_\_\_\_\_

¿ Qué causó estos síntomas? \_\_\_\_\_

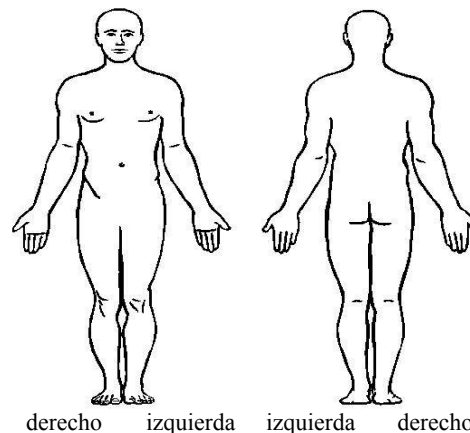
**DONDE** Por favor muestre donde le duele y muéstrele lo mal que duele.

D = Dolor    A = Ardiente    E = Entumecimiento  
H = Hormigueo    P = Puñalada    O = Otro

### ESCALA DE DOLOR

Por favor circule el número que mejor describa su dolor.

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10  
NINGUNA    LEVE    MODERADO    SEVERO



**TRATAMIENTO** Por favor, liste todos los tratamientos que haya utilizado u otro tipo de atención que haya recibido.

- Hielo \_\_\_\_\_
- Analgésicos \_\_\_\_\_
- Otra \_\_\_\_\_
- Otro cuidado médico:
  - Que \_\_\_\_\_
  - Donde \_\_\_\_\_
  - Cuando \_\_\_\_\_
- Calor \_\_\_\_\_
- Suplementos/Hierbas \_\_\_\_\_

OFFICE USE:

DATE OF LAST VISIT \_\_\_\_\_

PATIENT ACCOUNT # \_\_\_\_\_