

Current Date \_\_\_\_\_  
Fecha \_\_\_\_\_

## The Pain Management Center

### PAIN QUESTIONNAIRE CUESTIONARIO DE DOLOR

Name \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_  
(Nombre) (Fecha de nacimiento)

Referring MD \_\_\_\_\_  
(Doctor que lo referio)

Family MD \_\_\_\_\_  
(Doctor familiar)

Other MD \_\_\_\_\_  
(Otro doctor)

1. Reason you are here today \_\_\_\_\_  
La razón por la cual esta aquí hoy

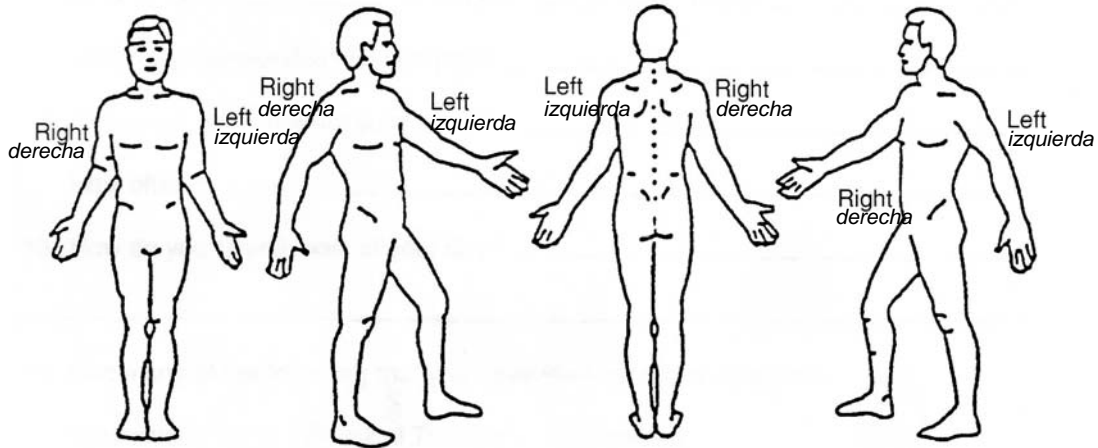
2. When did your pain begin? Mo \_\_\_\_\_ Day \_\_\_\_\_ Yr \_\_\_\_\_  
¿Cuándo empezó su dolor? Mes \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

3. How did your pain begin? \_\_\_\_\_  
¿Como empezó su dolor?

4. Where is your pain located? \_\_\_\_\_  
¿Dónde esta su dolor?

5. Please shade in the areas you are having pain:

Favor de sombrar donde tiene el dolor:



6. Using a scale from 1 to 10 (1 is mild and 10 is severe), rate your pain:

Usando una escala del 1 al 10 (1 es suave y 10 es severo) que clasifica su dolor:

At its worst \_\_\_\_\_ At its best \_\_\_\_\_ Today \_\_\_\_\_  
Lo peor \_\_\_\_\_ Lo mejor \_\_\_\_\_ Hoy \_\_\_\_\_

What is an acceptable level for you? \_\_\_\_\_  
¿Que nivel es aceptable para usted?

**7. Circle the items that best describe your pain:**

*Circule lo que mejor describe su dolor:*

- |   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Aching/ <i>Dolor</i>       | <input type="checkbox"/> Dull/ <i>Mellado</i>             | <input type="checkbox"/> Sharp/ <i>Afilado</i>           | <input type="checkbox"/> Stabbing/ <i>Puñalada</i>        |
| <input type="checkbox"/> Biting/ <i>Penetrante</i>  | <input type="checkbox"/> Electric Shock/ <i>Electrico</i> | <input type="checkbox"/> Shooting/ <i>Dolor Punzante</i> | <input type="checkbox"/> Tender/ <i>Tierdo</i>            |
| <input type="checkbox"/> Burning/ <i>Ardiente</i>   | <input type="checkbox"/> Hot/ <i>Caliente</i>             | <input type="checkbox"/> Sore/ <i>Dolorido</i>           | <input type="checkbox"/> Throbbing/ <i>Punzadas</i>       |
| <input type="checkbox"/> Cold/ <i>Frió</i>          | <input type="checkbox"/> Miserable/ <i>Miserable</i>      | <input type="checkbox"/> Spasms/ <i>Espasmos</i>         | <input type="checkbox"/> Tight/ <i>Ajustado</i>           |
| <input type="checkbox"/> Cramping/ <i>Calambres</i> | <input type="checkbox"/> Numb/ <i>Entumecido</i>          | <input type="checkbox"/> Squeezing/ <i>Apretado</i>      | <input type="checkbox"/> Tingling/ <i>Picazón</i>         |
|   |   |  | <input type="checkbox"/> Unbearable/ <i>Insorportable</i> |

**8. How often does your pain occur? (check all that apply) (marque todo que le aplicó)**

*¿Cada cuando tiene el dolor?*

Constantly \_\_\_\_\_ Comes during the day \_\_\_\_\_ Starts in the morning \_\_\_\_\_  
*Constantemente Durante el día Empieza por la mañana*

Intermittently occurs during the day \_\_\_\_\_ Comes at the end of the day \_\_\_\_\_  
*Intermitente durante el día El dolor viene al fin del día*

**9. When is your pain the worst? \_\_\_\_\_**

*¿Cuano tiene el peor dolor?*

**10. Circle the items that increase your pain:**

*Curcule lo que aumenta su dolor:*

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Arching Back/ <i>Arquearse</i> | <input type="checkbox"/> Lying/ <i>Acostarse</i>                 | <input type="checkbox"/> Stepping Up/ <i>Subir</i>           |
| <input type="checkbox"/> Bending/ <i>Inclinar</i>       | <input type="checkbox"/> Physical Therapy/ <i>Terapia Fisica</i> | <input type="checkbox"/> Stress/ <i>Stress</i>               |
| <input type="checkbox"/> Cold/ <i>Frió</i>              | <input type="checkbox"/> Reaching/ <i>Alcanzar</i>               | <input type="checkbox"/> TENS/ <i>Estimulacion electrica</i> |
| <input type="checkbox"/> Coughing/ <i>Toser</i>         | <input type="checkbox"/> Sex/ <i>Sexo</i>                        | <input type="checkbox"/> Twisting/ <i>Torcer</i>             |
| <input type="checkbox"/> Driving/ <i>Manejar</i>        | <input type="checkbox"/> Sitting/ <i>Sentarse</i>                | <input type="checkbox"/> Walking/ <i>Caminar</i>             |
| <input type="checkbox"/> Getting Up/ <i>Levantarse</i>  | <input type="checkbox"/> Sneezing/ <i>Estomudar</i>              | <input type="checkbox"/> Weather/ <i>El tiempo</i>           |
| <input type="checkbox"/> Heat/ <i>Calor</i>             | <input type="checkbox"/> Standing/ <i>Estar parado</i>           |  |
| <input type="checkbox"/> Lifting/ <i>Cargar</i>         | <input type="checkbox"/> Stepping Down/ <i>Bajar</i>             |  |

**11. Circle the items that decrease your pain:**

*Circule lo que disminuya su dolor:*

- |  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cold/ <i>Frió</i>               | <input type="checkbox"/> Massage/ <i>Masaje</i>                  | <input type="checkbox"/> Relaxation/ <i>Relajción</i>  | <input type="checkbox"/> TENS/ <i>Estimulacion electrica</i> |
| <input type="checkbox"/> Heat/ <i>Calor</i>              | <input type="checkbox"/> Medicine/ <i>Medicina</i>               | <input type="checkbox"/> Sitting/ <i>Sentarse</i>      | <input type="checkbox"/> Traction/ <i>Tracción</i>           |
| <input type="checkbox"/> Hot Tub/ <i>Bañera Caliente</i> | <input type="checkbox"/> Physical Therapy/ <i>Terapia Fisica</i> | <input type="checkbox"/> Standing/ <i>Estar parado</i> | <input type="checkbox"/> Walking/ <i>Caminar</i>             |
| <input type="checkbox"/> Lying/ <i>Acostarse</i>         | <input type="checkbox"/> Pressure/ <i>Presión</i>                | <input type="checkbox"/> Swimming/ <i>Nadar</i>        |  |

**12. Does your pain interrupt your sleep? \_\_\_\_\_**

*¿El dolor interrumpe su sueño?*

How often? \_\_\_\_\_  
*¿Que tan frecuente?*

**13. How do you spend most of your day? \_\_\_\_\_**

*¿Como se la pasa la mayoría del día?*

**14. Circle any of the following that you have tried to relieve your pain.**

*Circule lo que ha tratado para disminuir su dolor.*

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Acupuncture/ <i>Acupuntura</i>            | <input type="checkbox"/> Counseling/ <i>Consejero</i> | <input type="checkbox"/> Physical Therapy/ <i>Terapia Fisica</i> |
| <input type="checkbox"/> Bed Rest/ <i>Resto de cama</i>            | <input type="checkbox"/> Hypnosis/ <i>Hipnosis</i>    | <input type="checkbox"/> TENS/ <i>Estimulacion electrica</i>     |
| <input type="checkbox"/> Biofeedback/ <i>Biorretroalimentacion</i> | <input type="checkbox"/> Massage/ <i>Masaje</i>       | <input type="checkbox"/> Traction/ <i>Tracción</i>               |
| <input type="checkbox"/> Chiropractor/ <i>Chiropracto</i>          | <input type="checkbox"/> Other/ <i>Otro</i>           |  |

**15. Have you ever had any blocks or cortisone injections done for your pain?** \_\_\_\_\_  
 ¿Ha tenido usted algun bloque de nervio ó inyección de cortisone para el dolor?

If yes, when? \_\_\_\_\_ By whom? \_\_\_\_\_  
 Y si, ¿cuando? ¿Por quien?

Did they help? \_\_\_\_\_ If yes, for how long? \_\_\_\_\_  
 ¿Lé ayudo? Y si, ¿por cuanto tiempo?

**16. Are you employed now?** \_\_\_\_\_  
 ¿Tiene trabajo en este momento?

Are currently working? If so, how many hours? \_\_\_\_\_ On leave? \_\_\_\_\_  
 ¿Esta trabajando? Y si, ¿cuantas horas? ¿Permiso de ausencia del trabajo?

Where are you employed? \_\_\_\_\_  
 ¿Donde esta trabajando?

**17. What type of activities are required for your job? (i.e. lifting, bending, sitting, pushing, etc.)**  
 ¿Que tipo de actividades require su trabajo? (por ejemplo: alzar, levantar, inclinar, asentar, empujar)

**18. Do you exercise on regular basis?** \_\_\_\_\_  
 ¿Hace ejercicio regularmente?

If you do, what types of exercise do you do? \_\_\_\_\_  
 Y si, ¿que tipo de ejercicio hace?

**19. List any medications you have tried and their effect on pain:**  
 Liste todos los medicamentos que a tomado y el afecto que le hizo a su dolor:

<b>Medication</b> <i>Medicamento</i>	<b>Dosage</b> <i>Dosis</i>	<b>Effect on Pain</b> <i>Efecto al dolor</i>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**20. Have you had any of the following tests done?**  
 ¿Ha tenido alguno de estos exámenes?

	<b>Date</b> <i>Fecha</i>	<b>Where</b> <i>Donde</i>
<b>X-rays/Radiografia</b>		
<b>MRI/IRM</b>		
<b>EMG/Electromiograma</b>		
<b>Myelogram/Mielograma</b>		
<b>CT Scan/CAT Escan</b>		
<b>Bone Scan/Escan Óseo</b>		
<b>Other/Otro</b>		

**21. What is your current marital status?** \_\_\_\_\_  
 ¿Que es su estado matrimonial?

Do you have children? \_\_\_\_\_  
 ¿Tiene hijos?

Ages \_\_\_\_\_  
 ¿De que edades?