

Patient Name: _____

DOB: _____

MR #: _____

UW Health
(University of Wisconsin Hospitals and Clinics Authority)
CUESTIONARIO CONFIDENCIAL DE LA
CLÍNICA DEL DOLOR

Index to Questionnaire – Health\Encounter

Fecha: _____

Referido(a) por: _____ Proveedor de Cuidados Primarios: _____

Dé una breve explicación del problema de dolor por el cual fue referido aquí: _____

¿Desde hace cuánto tiene el dolor?: _____ ¿Está relacionado con el trabajo? Sí No ¿Es un caso legal? Sí No

Describe el dolor (ardor, dolor agudo, etc.) _____

¿Qué empeora el dolor? _____

¿Qué mejora el dolor? _____

¿Cómo pasa usted el día? _____

Usted usa: Bastón Muletas Andador Silla Móvil (Scooter) Silla de Ruedas

¿Es diestro o zurdo?: Zurdo Diestro

TRATAMIENTO: Si ha probado alguno de estos tratamientos, escriba ↑ si le ayudó, ↓ si le empeoró, – si no hubo diferencia.

	Actual	Pasado		Actual	Pasado		Actual	Pasado
Terapia Física (PT en inglés)			Calor			Inyección en el punto gatillo		
Terapia Ocupacional (OT en inglés)			Frío			Inyección en la columna		
Ejercicios			Tracción			Bomba implantada		
Ejercicios acuáticos/aeróbicos			Acupuntura			Estimulador implantado		
Tablillas o Soportes			Quiropráctica			Bloqueos en los nervios		
Atención psicológica para el dolor			Meditación/relajación			Ablación/Extirpación de los nervios		
Clases de manejo del dolor			Masaje			Unidad TENS		

SUEÑO: Por favor, marque todas las casillas que correspondan a usted:

- Problemas para dormir Ronquido Piernas inquietas Cansancio gran parte del tiempo
 Toma una siesta durante el día Apnea del sueño Usa CPAP Se despierta a mitad de la noche

EJERCICIO: ¿Qué ejercicio practica? _____ ¿Cuán a menudo? _____ ¿Por cuánto tiempo cada vez? _____

ESTADO DE ÁNIMO: Describa su estado emocional *actual* (marque todas las casillas que correspondan):

- Feliz Optimista Bien adaptado(a) Enojado(a) Sin esperanza
 Deprimido(a) Suicida Ansioso(a) Confundido(a) Indiferente

Por favor, indique si tiene un historial de (marque todas las casillas que correspondan):

- Depresión Ansiedad Déficit de atención Trastorno Bipolar
 Intento(s) de suicidio Experiencias de abuso Otros problemas _____

¿Está viendo a un psiquiatra actualmente? Sí No Si contestó “sí”, nombre: _____

¿Está viendo a un consejero y/o psicólogo actualmente? Sí No Si contestó “sí”, nombre(s): _____

HOGAR / ESCUELA: ¿Quién vive con usted? _____

Estado Civil: Casado(a) Soltero(a) Comprometido(a) Divorciado(a) Separado(a) Viudo(a)

Si usted tiene hijos, ¿Cuántos tiene y cuáles son sus edades? _____

¿Cuál es el grado más alto de estudios que ha completado? _____ ¿Ha estado en el ejército? Si No

Patient Name:

DOB:

MR #:

UW Health
(University of Wisconsin Hospitals and Clinics Authority)
**CUESTIONARIO CONFIDENCIAL DE LA
CLÍNICA DEL DOLOR**

Index to Questionnaire – Health\Encounter

TRABAJO: ¿Trabaja usted fuera de casa?

Sí. Si contesta "sí", ¿en qué trabaja?: _____ Tiempo completo Tiempo parcial Trabajo liviano/limitado

¿Falta/faltó al trabajo debido al dolor? Sí No

No. Si contesta "no", ¿cuándo fue la última vez que trabajó? _____ ¿Por qué dejó de trabajar? _____

Si contesta "no", ¿cuál es su fuente de ingresos?: _____ ¿Tiene intención de volver a trabajar? Sí No

MEDICAMENTOS: Por favor, traiga a su cita clínica una lista completa de los medicamentos que toma actualmente. Si es posible, traiga los frascos de las pastillas (con ellas dentro) que toma actualmente.

¿Qué medicamentos ha probado para tratar su dolor? (Por favor, marque todas las casillas que correspondan)

<input type="checkbox"/> Vitaminas <input type="checkbox"/> Productos de hierbas <input type="checkbox"/> Glucosamina <input type="checkbox"/> Otros suplementos: _____	<input type="checkbox"/> Ayuda <input type="checkbox"/> No ayuda
Medicamentos para el Dolor de Venta Libre (sin receta): <input type="checkbox"/> Tylenol <input type="checkbox"/> Acetaminofén genérico <input type="checkbox"/> Aleve <input type="checkbox"/> Naproxeno <input type="checkbox"/> Ibuprofeno genérico <input type="checkbox"/> Celebrex <input type="checkbox"/> Otros: _____	<input type="checkbox"/> Ayuda <input type="checkbox"/> No ayuda
Opioides/Narcóticos: <input type="checkbox"/> Oxycodona <input type="checkbox"/> Hidrocodona <input type="checkbox"/> Percocet <input type="checkbox"/> Vicodin <input type="checkbox"/> Morfina <input type="checkbox"/> Dilaudid <input type="checkbox"/> Fentanilo <input type="checkbox"/> Butrans <input type="checkbox"/> Metadona <input type="checkbox"/> Suboxone <input type="checkbox"/> Kadian <input type="checkbox"/> Tramadol <input type="checkbox"/> Nucynta <input type="checkbox"/> Otro(s): _____	<input type="checkbox"/> Ayuda <input type="checkbox"/> No ayuda
Relajantes Musculares: <input type="checkbox"/> Carisoprodol <input type="checkbox"/> Ciclobenzaprina <input type="checkbox"/> Skelaxin <input type="checkbox"/> Baclofeno <input type="checkbox"/> Tizanidina <input type="checkbox"/> Otro(s): _____	<input type="checkbox"/> Ayuda <input type="checkbox"/> No ayuda
Medicamentos Anticonvulsivos: <input type="checkbox"/> Gabapentina <input type="checkbox"/> Lyrica <input type="checkbox"/> Pregabalina <input type="checkbox"/> Topamax <input type="checkbox"/> Topiramato <input type="checkbox"/> Otro(s): _____	<input type="checkbox"/> Ayuda <input type="checkbox"/> No ayuda
Antidepresivos: <input type="checkbox"/> Amitriptilina <input type="checkbox"/> Nortriptilina <input type="checkbox"/> Cymbalta <input type="checkbox"/> Duloxetina <input type="checkbox"/> Sertralina <input type="checkbox"/> Escitalopram <input type="checkbox"/> Paroxetina <input type="checkbox"/> Fluoxetina <input type="checkbox"/> Savella <input type="checkbox"/> Milnaciprán <input type="checkbox"/> Otro(s): _____	<input type="checkbox"/> Ayuda <input type="checkbox"/> No ayuda
Medicamentos Sedantes/Ansiolíticos: <input type="checkbox"/> Diazepam <input type="checkbox"/> Lorazepam <input type="checkbox"/> Clonazepam <input type="checkbox"/> Otro(s): _____	<input type="checkbox"/> Ayuda <input type="checkbox"/> No ayuda
Medicamentos para Dormir: <input type="checkbox"/> Benadryl <input type="checkbox"/> Diphenhidramina <input type="checkbox"/> Ambien <input type="checkbox"/> Zolpidem <input type="checkbox"/> Sonata <input type="checkbox"/> Otro(s): _____	<input type="checkbox"/> Ayuda <input type="checkbox"/> No ayuda
Medicamentos Tópicos: <input type="checkbox"/> Parche de Lidoderm <input type="checkbox"/> Crema de Lidocaína <input type="checkbox"/> Ben-Gay <input type="checkbox"/> Capsaicina <input type="checkbox"/> Qutenza <input type="checkbox"/> Tiger Balm <input type="checkbox"/> Gel Voltaren <input type="checkbox"/> Otro(s): _____	<input type="checkbox"/> Ayuda <input type="checkbox"/> No ayuda

Patient Name:

DOB:

MR #:

UW Health
(University of Wisconsin Hospitals and Clinics Authority)
CUESTIONARIO CONFIDENCIAL DE LA
CLÍNICA DEL DOLOR

Index to Questionnaire – Health\Encounter

HÁBITOS: Nunca he fumado Fumo actualmente He dejado de fumar Mastico tabaco o inhala rapé (*snuff*)

Número promedio de bebidas con cafeína que consume al día: _____

Bebo aproximadamente _____ bebidas alcohólicas al día semana mes (marque el período de tiempo apropiado).

He consumido medicamentos/drogas no recetadas: Sí No Si contesta "sí", marque las casillas apropiadas:

<input type="checkbox"/> Marihuana	<input type="checkbox"/> Ahora <input type="checkbox"/> En el pasado
<input type="checkbox"/> Cocaína	<input type="checkbox"/> Ahora <input type="checkbox"/> En el pasado
<input type="checkbox"/> Heroína	<input type="checkbox"/> Ahora <input type="checkbox"/> En el pasado
<input type="checkbox"/> Anfetaminas	<input type="checkbox"/> Ahora <input type="checkbox"/> En el pasado
<input type="checkbox"/> CBD	<input type="checkbox"/> Ahora <input type="checkbox"/> En el pasado
<input type="checkbox"/> Fentanilo	<input type="checkbox"/> Ahora <input type="checkbox"/> En el pasado
<input type="checkbox"/> Pastillas Opioides	<input type="checkbox"/> Ahora <input type="checkbox"/> En el pasado
<input type="checkbox"/> Kratom	<input type="checkbox"/> Ahora <input type="checkbox"/> En el pasado
<input type="checkbox"/> Otro(s): _____	<input type="checkbox"/> Ahora <input type="checkbox"/> En el pasado

ADICCIÓN AL ALCOHOL / DROGAS (por favor, seleccione todos los que correspondan):

- Tengo historial de adicción al alcohol y/o drogas. He recibido tratamiento para una adicción.
 Estoy en tratamiento ahora. Necesito tratamiento

HISTORIAL MÉDICO: Marque los que correspondan a usted. Proporcione detalles.

General:	<input type="checkbox"/> Agotamiento	<input type="checkbox"/> Fiebres/Escafofríos	<input type="checkbox"/> Pérdida/Aumento de peso	<input type="checkbox"/> Sudores nocturnos	<input type="checkbox"/> Bochornos/calores
Detalles u otros problemas:					
Cabeza/Cuello:	<input type="checkbox"/> Mala visión	<input type="checkbox"/> Mala audición	<input type="checkbox"/> Trastorno de la Articulación Temporomandibular (TMJ)	<input type="checkbox"/> Cáncer en la cabeza/cuello	<input type="checkbox"/> Glándulas/nódulos inflamados
Detalles u otros problemas:					
Sangre/Sistema Inmune:	<input type="checkbox"/> Moretones o sangrado con facilidad	<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Linfoma o leucemia	<input type="checkbox"/> Transfusiones	<input type="checkbox"/> Trasplante
Detalles u otros problemas:					
Huesos / Articulaciones:	<input type="checkbox"/> Huesos fracturados	<input type="checkbox"/> Hinchazón en las articulaciones	<input type="checkbox"/> Rigidez en las articulaciones	<input type="checkbox"/> Osteoartritis	<input type="checkbox"/> Articulaciones muy flexibles
	<input type="checkbox"/> Rigidez matutina	<input type="checkbox"/> Lupus	<input type="checkbox"/> Artritis reumatoide		
Detalles u otros problemas:					
Piel:	<input type="checkbox"/> Sarpullidos	<input type="checkbox"/> Llagas/úlceras	<input type="checkbox"/> Cicatrices	<input type="checkbox"/> Eczema	<input type="checkbox"/> Cáncer de piel
Detalles u otros problemas:					
Pulmones/Pecho:	<input type="checkbox"/> Falta de aire	<input type="checkbox"/> Tos	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Enfisema/EPOC	<input type="checkbox"/> Pneumonía
	<input type="checkbox"/> Cáncer de pulmón	<input type="checkbox"/> Cirugía de pulmón			
Detalles u otros problemas:					
Corazón:	<input type="checkbox"/> Dolor de pecho (del corazón)/Angina	<input type="checkbox"/> Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> Ataque al corazón	<input type="checkbox"/> Presión arterial baja	<input type="checkbox"/> Latido irregular
	<input type="checkbox"/> Enfermedad de las válvulas	<input type="checkbox"/> Hinchazón de piernas/brazos	<input type="checkbox"/> Aneurisma	<input type="checkbox"/> Manos/pies fríos	
Detalles u otros problemas:					
Columna:	<input type="checkbox"/> Escoliosis	<input type="checkbox"/> Problemas con los discos	<input type="checkbox"/> Fractura	<input type="checkbox"/> Lesión en el cuello	<input type="checkbox"/> Lesión en la espalda
	<input type="checkbox"/> Artritis en la columna	<input type="checkbox"/> Cirugía de columna	<input type="checkbox"/> Tumor en la columna		
Detalles u otros problemas:					

Patient Name:

DOB:

MR #:

UW Health
(University of Wisconsin Hospitals and Clinics Authority)
CUESTIONARIO CONFIDENCIAL DE LA
CLÍNICA DEL DOLOR

Index to Questionnaire – Health\Encounter

Endocrino:	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Bocio	<input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides	<input type="checkbox"/> Bajo nivel de testosterona / estrógeno	<input type="checkbox"/> Enfermedad del páncreas
Detalles u otros problemas:					
Genital / Urinario y Pélvico	<input type="checkbox"/> Cálculos en el riñón	<input type="checkbox"/> Fallo (Insuficiencia) renal	<input type="checkbox"/> Cáncer de riñón	<input type="checkbox"/> Problema de próstata	<input type="checkbox"/> Infección urinaria
	<input type="checkbox"/> Problemas para controlar la orina	<input type="checkbox"/> "Descenso de vejiga"	<input type="checkbox"/> Relaciones sexuales dolorosas	<input type="checkbox"/> Disfunción eréctil	<input type="checkbox"/> Cáncer de próstata/vejiga
	<input type="checkbox"/> Problemas menstruales	<input type="checkbox"/> Dolor pélvico	<input type="checkbox"/> Cáncer de ovario/útero/cuello uterino		
Detalles u otros problemas:					
Abdomen / Gastrointestinal:	<input type="checkbox"/> Acidez/Reflujo Gastroesofágico/ Hernia de hiato	<input type="checkbox"/> Úlcera péptica	<input type="checkbox"/> Cálculos biliares	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Diarrea
	<input type="checkbox"/> Estreñimiento	<input type="checkbox"/> Colon irritable	<input type="checkbox"/> Ostomía	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn	<input type="checkbox"/> Colitis ulcerativa
	<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Bypass gástrico	<input type="checkbox"/> Problemas para controlar las heces	<input type="checkbox"/> Sangre en las heces	<input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado
Detalles u otros problemas:					
Neuromuscular:	<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/> Vértigo (siente que todo da vueltas)	<input type="checkbox"/> Mareo	<input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular	<input type="checkbox"/> Convulsiones/epilepsia
	<input type="checkbox"/> Temblores	<input type="checkbox"/> Caídas	<input type="checkbox"/> Problemas de equilibrio	<input type="checkbox"/> Debilidad	<input type="checkbox"/> Dolor muscular
	<input type="checkbox"/> Fibromialgia	<input type="checkbox"/> Síndrome de Dolor Regional Complejo (CRPS/RSD en inglés)	<input type="checkbox"/> Tumor cerebral	<input type="checkbox"/> Parkinson	<input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple
	<input type="checkbox"/> Visión doble	<input type="checkbox"/> Neuropatía periférica	<input type="checkbox"/> Cansancio crónico	<input type="checkbox"/> Lesión de la médula espinal	<input type="checkbox"/> Distrofia muscular o miopatía
	<input type="checkbox"/> Lesión de cabeza/conmoción				
Detalles u otros problemas:					
Otro:	<input type="checkbox"/> Está embarazada	<input type="checkbox"/> Está amamantando	<input type="checkbox"/> Planea embarazarse	<input type="checkbox"/> Infección por VIH	<input type="checkbox"/> Articulación o disco artificial
	<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Marcapasos, desfibrilador, stent(s), válvula(s) cardíaca(s) artificial(es)			

OTRO HISTORIAL MÉDICO:

HISTORIAL QUIRÚRGICO:

HISTORIAL MÉDICO FAMILIAR:

MIEMBRO DE LA FAMILIA	PROBLEMA(S) MÉDICO(S)	MIEMBRO DE LA FAMILIA	PROBLEMA(S) MÉDICO(S)
Padre		Hijo(a)	
Madre		Hijo(a)	
Hermano(a)		Otros	

Firma del Paciente/Representante: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Si lo firma una persona distinta al Paciente, escriba el nombre en letra de molde y establezca la relación y la autoridad para hacerlo.

Nombre en Letra de Molde: _____ Relación: _____

El paciente es: Menor de edad Incompetente/Incapacitado

Autoridad Legal: Tutor Legal Padre/Madre de un Menor

Agente de Cuidados Médicos Otro: _____

Reviewed by: _____ Date: _____ Time: _____

Patient Name:

DOB:

MR #:

UW Health
(University of Wisconsin Hospitals and Clinics Authority)
CONFIDENTIAL PAIN CLINIC QUESTIONNAIRE
- SPANISH

Index to Questionnaire - Health\Encounter

Date:

Referred by: See Spanish Version Primary Care Provider: See Spanish Version

Describe brief history of the pain problem you were sent here for: See Spanish Version

How long has pain been present? See Spanish Version Work-related? Yes No Legal case? Yes No

Describe the pain (burning, sharp, etc.): See Spanish Version

What makes the pain worse? See Spanish Version

What makes the pain better? See Spanish Version

How do you spend your day? See Spanish Version

You use a: Cane Crutches Walker Scooter Wheelchair

Handedness: Left Right

TREATMENT: If you have tried any of these treatments, right up if helpful, down if made worse, - if no difference.

Table with 8 columns: Treatment, Current, Past, Treatment, Current, Past, Treatment, Current, Past. Rows include Physical Therapy (PT), Occupational Therapy (OT), Exercises, Water exercise/aerobics, Splints or braces, Psychological care for pain, Pain management classes, Heat, Cold, Traction, Acupuncture, Chiropractic, Meditation/relaxation, Massage, Trigger point injection, Spinal injection, Implanted pump, Implanted stimulator, Nerve blocks, Nerve ablation/burning, TENS unit.

SLEEP: Please check all that apply to you:

- Trouble falling asleep Snore Restless legs Fatigued much of the time
Nap during the day Sleep apnea Use CPAP Wake in the middle of the night

EXERCISE: What you do for exercise: See Spanish Version How often? For how long each time?

MOOD: Describe your current emotional state (check all that apply):

- Happy Optimistic Well-adjusted Angry Hopeless
Depressed Suicidal Anxious Confused Indifferent

Please indicate if you have a history of (check all that apply):

- Depression Anxiety Attention deficit Bipolar disorder
Suicide attempt(s) Abuse experiences Other problems: See Spanish Version

Are you currently seeing a psychiatrist? Yes No If yes, name: See Spanish Version

Are you currently seeing a counselor and/or psychologist? Yes No If yes, name(s): See Spanish Version

Patient Name:

DOB:

MR #:

UW Health
(University of Wisconsin Hospitals and Clinics Authority)
CONFIDENTIAL PAIN CLINIC QUESTIONNAIRE
- SPANISH

Index to Questionnaire – Health\Encounter

HOME / SCHOOL: Who lives with you? See Spanish Version

Marital Status: Married Single Engaged Divorced Separated Widowed

If you have children, how many and ages: See Spanish Version

Highest grade reached in school: See Spanish Version Have you spent time in the military? Yes No

WORK: Do you work outside the home?

Yes. If yes, occupation: See Spanish Version Full-time Part-time Light/limited duty

Do/did you miss work due to pain? Yes No

No. If no, when did you last work? See Spanish Version Why did you stop working? See Spanish Version

If no, source of income: See Spanish Version Do you intend to return to work? Yes No

MEDICATIONS: *Please bring a complete list of your current medications to your clinic appointment. Bring current pill bottles (with pills) if possible.*

What medications have you tried to treat your pain condition? (Please check all that apply)

<input type="checkbox"/> Vitamins <input type="checkbox"/> Herbals <input type="checkbox"/> Glucosamine <input type="checkbox"/> Other supplements: <u>See Spanish Version</u>	<input type="checkbox"/> Helpful <input type="checkbox"/> Not helpful
Over-the-counter Pain Relievers: <input type="checkbox"/> Tylenol <input type="checkbox"/> Generic acetaminophen <input type="checkbox"/> Aleve <input type="checkbox"/> Naproxen <input type="checkbox"/> Generic ibuprofen <input type="checkbox"/> Celebrex <input type="checkbox"/> Others: <u>See Spanish Version</u>	<input type="checkbox"/> Helpful <input type="checkbox"/> Not helpful
Opioids/narcotics: <input type="checkbox"/> Oxycodone <input type="checkbox"/> Hydrocodone <input type="checkbox"/> Percocet <input type="checkbox"/> Vicodin <input type="checkbox"/> Morphine <input type="checkbox"/> Dilaudid <input type="checkbox"/> Fentanyl <input type="checkbox"/> Butrans <input type="checkbox"/> Methadone <input type="checkbox"/> Suboxone <input type="checkbox"/> Kadian <input type="checkbox"/> Tramadol <input type="checkbox"/> Nycynta <input type="checkbox"/> Other(s): <u>See Spanish Version</u>	<input type="checkbox"/> Helpful <input type="checkbox"/> Not helpful
Muscle Relaxants: <input type="checkbox"/> Carisoprodol <input type="checkbox"/> Cyclobenzaprine <input type="checkbox"/> Skelaxin <input type="checkbox"/> Baclofen <input type="checkbox"/> Tizanidine <input type="checkbox"/> Other(s): <u>See Spanish Version</u>	<input type="checkbox"/> Helpful <input type="checkbox"/> Not helpful
Anti-seizure Medications: <input type="checkbox"/> Gabapentin <input type="checkbox"/> Lyrica <input type="checkbox"/> Pregabalin <input type="checkbox"/> Topamax <input type="checkbox"/> Topiramate <input type="checkbox"/> Other(s): <u>See Spanish Version</u>	<input type="checkbox"/> Helpful <input type="checkbox"/> Not helpful
Antidepressants: <input type="checkbox"/> Amitriptyline <input type="checkbox"/> Nortriptyline <input type="checkbox"/> Cymbalta <input type="checkbox"/> Duloxetine <input type="checkbox"/> Sertraline <input type="checkbox"/> Escitalopram <input type="checkbox"/> Paroxetine <input type="checkbox"/> Fluoxetine <input type="checkbox"/> Savella <input type="checkbox"/> Milnacipran <input type="checkbox"/> Other(s): <u>See Spanish Version</u>	<input type="checkbox"/> Helpful <input type="checkbox"/> Not helpful
Sedatives/Anti-anxiety Medications: <input type="checkbox"/> Diazepam <input type="checkbox"/> Lorazepam <input type="checkbox"/> Clonazepam <input type="checkbox"/> Other(s): <u>See Spanish Version</u>	<input type="checkbox"/> Helpful <input type="checkbox"/> Not helpful
Sleeping Aids: <input type="checkbox"/> Benadryl <input type="checkbox"/> Diphenhydramine <input type="checkbox"/> Ambien <input type="checkbox"/> Zolpidem <input type="checkbox"/> Sonata <input type="checkbox"/> Other(s): <u>See Spanish Version</u>	<input type="checkbox"/> Helpful <input type="checkbox"/> Not helpful
Topicals: <input type="checkbox"/> Lidoderm patch <input type="checkbox"/> Lidocaine cream <input type="checkbox"/> Ben-Gay <input type="checkbox"/> Capsaicin <input type="checkbox"/> Qutenza <input type="checkbox"/> Tiger Balm <input type="checkbox"/> Voltaren gel <input type="checkbox"/> Other(s): <u>See Spanish Version</u>	<input type="checkbox"/> Helpful <input type="checkbox"/> Not helpful

Patient Name:

DOB:

MR #:

UW Health
(University of Wisconsin Hospitals and Clinics Authority)
CONFIDENTIAL PAIN CLINIC QUESTIONNAIRE
- SPANISH

Index to Questionnaire – Health\Encounter

HABITS: [] I have never smoked [] I currently smoke [] I have quit smoking [] I chew tobacco or inhale snuff

Average number of caffeinated beverages per day: See Spanish Version

I have about _____ alcoholic drinks per [] day [] week [] month (check appropriate time period).

I have used non-prescribed drugs: [] Yes [] No If yes, check appropriate boxes: See Spanish Version

Table with 3 columns: Drug name (Marijuana, Cocaine, Heroin, Amphetamines, CBD, Fentanyl, Opioid Pills, Kratom, Other(s)), Now, In the past.

ALCOHOL / DRUG ADDICTION (please select all that apply):

- [] I have a history of alcohol and/or drug addiction. [] I have been treated for addiction.
[] I am in treatment now. [] I need treatment

HEALTH HISTORY: Please check the items that apply to you. Provide details at right.

Table with 6 columns: General, Head/Neck, Blood/Immune, Bones/Joints, Skin, Lungs/Chest, Heart, Spine, Endocrine. Each section includes checkboxes for various symptoms and a 'Details or other problems: See Spanish Version' row.

Patient Name:

DOB:

MR #:

UW Health
(University of Wisconsin Hospitals and Clinics Authority)
CONFIDENTIAL PAIN CLINIC QUESTIONNAIRE
- SPANISH

Index to Questionnaire – Health\Encounter

Table with 6 columns for Genital / Urinary and Pelvic issues: Kidney stones, Kidney failure, Kidney cancer, Prostate problem, Urinary infection, Problems controlling urine, 'Fallen bladder', Painful intercourse, Erectile dysfunction, Prostate/bladder cancer, Menstrual problems, Pelvic pain, Ovarian / uterine / cervical cancer.

Details or other problems: See Spanish Version

Table with 6 columns for Abdomen/GI issues: Heartburn/GERD/Hiatal hernia, Peptic ulcer, Gallstones, Hepatitis, Diarrhea, Constipation, Irritable bowel, Ostomy, Crohn's disease, Ulcerative colitis, Cancer, Gastric bypass, Problems controlling bowels, Blood in stool, Liver disease.

Details or other problems: See Spanish Version

Table with 6 columns for Neuro-Muscular issues: Headache, Vertigo (spinning), Lightheadedness, Stroke, Seizures/epilepsy, Tremor, Falls, Balance problems, Weakness, Muscle pain, Fibromyalgia, CRPS/RSD, Brain tumor, Parkinson's, Multiple sclerosis, Double vision, Peripheral neuropathy, Chronic fatigue, Spinal cord injury, Muscular dystrophy or myopathy, Head injury/concussion.

Details or other problems: See Spanish Version

Table with 6 columns for Other issues: Now pregnant, Now breastfeeding, Planning pregnancy, HIV infection, Artificial joint or disc, Cancer, Pacemaker, defibrillator, stent(s), artificial heart valve(s).

OTHER MEDICAL HISTORY: See Spanish Version

SURGICAL HISTORY: See Spanish Version

FAMILY MEDICAL HISTORY:

Table with 4 columns: FAMILY MEMBER, MEDICAL PROBLEM(S), FAMILY MEMBER, MEDICAL PROBLEM(S). Rows for Father, Mother, Sibling, Child, Others.

Signature of Patient/Representative: See Spanish Version Date: Time:

If signed by person other than the patient, print name and state relationship and authority to do so.

Print Name: See Spanish Version Relationship: See Spanish Version

Patient is: Minor Incompetent/Incapacitated

Legal Authority: Legal Guardian Parent of Minor Health Care Agent Other:

Reviewed by: See Spanish Version Date: Time: