

**PLANILLA ESPECIAL PARA BLOQUEOS SELECTIVOS**

*Solo la escala EVA debe ser completada por el paciente*

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **EDAD:** \_\_\_\_\_ **IOSFA:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** / /

**DIAGNOSTICO:** \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD ACTUAL:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**RESUMEN DEHC:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**INTENSIDAD**

**DELDOLOR\_(describir)** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**MARCAR (por el paciente, con firma y DNI al pie de la imagen):**



**PRESENTA DIFICULTAD PARA EL DESARROLLO DE SUS AVD: SI / NO.** (marcar lo correspondiente). **DESCRIBIR:** \_\_\_\_\_

**TRATAMIENTOS MEDICOS Y FARMACOLOGICOS PREVIOS** (aclarar respuesta a los mismos): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**TRATAMIENTO DE KINESIOLOGIA** (aclarar tiempo, tipo de tratamiento y respuesta): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**CANTIDAD DE BLOQUEOS PREVIOS:** \_\_\_\_\_

**RESPUESTO A LOS BLOQUEOS:** \_\_\_\_\_

**TIPO DE BLOQUEO PROPUESTO:** \_\_\_\_\_

**ALTERNATIVAS:** \_\_\_\_\_

.....

**FIRMA Y SELLO**

**MEDICO TRATANTE**

.....

**FIRMA Y SELLO**

**JEFE DE SERVICIO**