



TEXAS INJURY AND REHAB SOLUTIONS

2200 Physicians Blvd STE A

Ennis, Texas 75119

Registro de 12 horas de dolor del paciente: Post Medial Branch Block (Bloqueo de la Rama Posterior Medial)

Nombre del Paciente: _____

Fecha: _____

9:00 a.m.	_____ / 10	4:00 p.m.	_____ / 10	11:00 p.m.	_____ / 10
10:00 a.m.	_____ / 10	5:00 p.m.	_____ / 10	12:00 a.m.	_____ / 10
11:00 a.m.	_____ / 10	6:00 p.m.	_____ / 10	1:00 a.m.	_____ / 10
12:00 p.m.	_____ / 10	7:00 p.m.	_____ / 10	2:00 a.m.	_____ / 10
1:00 p.m.	_____ / 10	8:00 p.m.	_____ / 10	3:00 a.m.	_____ / 10
2:00 p.m.	_____ / 10	9:00 p.m.	_____ / 10	4:00 a.m.	_____ / 10
3:00 p.m.	_____ / 10	10:00 p.m.	_____ / 10	5:00 a.m.	_____ / 10

Firma del Paciente: _____

Por favor hágalo fax al 469-519-5802, o escanear y enviar por correo electrónico a clientcare@texaspainnetwork.com

Por favor mándelo a la oficina por cualquiera de las opciones de arriba, inmediatamente después de completar el registro de 12 horas del dolor, para permitir una programación adecuada para su siguiente procedimiento.