

9. What part of your body hurts the most? / Qué parte de su cuerpo duele más? _____

10. Does the pain travel to other parts of your body? / El dolor viaja a otras partes del cuerpo? Yes / Si No
If yes, where? / Si es cierto, donde? _____

11. Since the onset, is the pain: / Desde el día que ocurrió el dolor, este está:

Better / Mejor Yes / Si No Intermittent / Intermitente Yes / Si No

Worse / Peor Yes / Si No Constant / Constante Yes / Si No

Same / Igual Yes / Si No

12. In a scale from 0 - 10, please rate your usual pain: / En escala del 0 al 10 cuanto le duele usualmente:

Least (menos) ☺ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☹ Most (mas)

13. Please check what best describes your pain: / Favor marque lo que mejor describa su dolor:

Burning / Quemazón Yes / Si No Shooting / Irradiado Yes / Si No

Stabbing / Puñaladas Yes / Si No Sharp / Punzadas Yes / Si No

Throbbing / Palpitaciones Yes / Si No Dull / No tan fuerte Yes / Si No

Pressure / Presión Yes / Si No Ache / Molestia Yes / Si No

14. Please check what of the following makes your pain worse: / Favor mencione qué agrava su dolor:

Sneezing / Estornudar Yes / Si No Walking / Caminar Yes / Si No

Stress / Estrés Yes / Si No Coughing / Toser Yes / Si No

Prolong Standing Yes / Si No Bending Over / Backwards Yes / Si No

Estar de pie por mucho tiempo Doblarse para adelante / atrás

Prolong Sitting Yes / Si No Lifting something Yes / Si No

Estar sentado por mucho tiempo Levantar algo

Others / Otros: _____

15. Which of the following makes your pain feel better? / Cuáles de los siguientes le alivia su dolor?

Cold Compress / Compresas Frías Yes / Si No Medication / Medicinas Yes / Si No

Hot Compress / Compresas Calientes Yes / Si No Resting / Descansar Yes / Si No

Exercising / Ejercitarse Yes / Si No Others / Otros _____

16. What time of the day does your pain feel worse? / A qué horas del día su dolor se agrava? _____

17. Please check mark what best applies in association with your pain: / Favor marque que es lo que más se asocia a su dolor:

Loss of bowel or bladder control / Pérdida del control de sus necesidades básicas

Balance Difficulty / Problemas de balance Anxiety / Ansiedad

Difficulty Sleeping / Dificultad al dormir Fever - Chills / Fiebre - Escalofrío

Weakness / Debilidad Where / Donde: _____

Numbness / Adormecimiento Where / Donde: _____

Pins and Needles / Hormigueo Where / Donde: _____

PAST MEDICAL HISTORY / HISTORIA MEDICA ANTERIOR

- | | | | | | |
|-----------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|---|--------------------------|
| Asthma / Asma | <input type="checkbox"/> | Arthritis / Artritis | <input type="checkbox"/> | Blood Clots / Coágulos de Sangre | <input type="checkbox"/> |
| Cancer / Cáncer | <input type="checkbox"/> | Depression / Depresión | <input type="checkbox"/> | Pulmonary Embolism / Embolia pulmonar | <input type="checkbox"/> |
| Anemia / Anemia | <input type="checkbox"/> | Thyroid Disease / Tiroides | <input type="checkbox"/> | Liver Diseases / Enfermedades del hígado | <input type="checkbox"/> |
| Ulcers / Úlceras | <input type="checkbox"/> | Hypertension / Hipertensión | <input type="checkbox"/> | Kidney Diseases / Enfermedades del riñón | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes / Diabetes | <input type="checkbox"/> | Osteoporosis / Osteoporosis | <input type="checkbox"/> | Heart Diseases / Enfermedades del corazón | <input type="checkbox"/> |
| Gastritis / Gastritis | <input type="checkbox"/> | Bleeding Disorder / Sangrado | <input type="checkbox"/> | Skin Diseases / Enfermedades de la piel | <input type="checkbox"/> |
| None / Ninguno | <input type="checkbox"/> | Others: / Otros: _____ | | | |

PAST SURGICAL HISTORY / HISTORIA QUIRURGICA ANTERIOR

Surgical Procedure / Procedimiento Quirúrgico	Date / Fecha	Physician Name
-----	-----	-----
-----	-----	-----
-----	-----	-----
-----	-----	-----
-----	-----	-----

FAMILY MEDICAL HISTORY / HISTORIA MEDICA FAMILIAR

- | | | | | | |
|----------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|---|--------------------------|
| Asthma / Asma | <input type="checkbox"/> | Diabetes / Diabetes | <input type="checkbox"/> | Skin Diseases / Enfermedades de la piel | <input type="checkbox"/> |
| Cancer / Cáncer | <input type="checkbox"/> | Thyroid Disease / Tiroides | <input type="checkbox"/> | Kidney Diseases / Enfermedades del riñón | <input type="checkbox"/> |
| Arthritis / Artritis | <input type="checkbox"/> | Osteoporosis / Osteoporosis | <input type="checkbox"/> | Heart Diseases / Enfermedades del corazón | <input type="checkbox"/> |
| None / Ninguno | <input type="checkbox"/> | Others: / Otros: _____ | | | |

LIST OF CURRENT MEDICATION / LISTA DE LOS MEDICAMENTOS ACTUALES

Name of Medication / Nombre del Medicamento	Dose / Dosis	Quantity per day / Cantidad por día
-----	-----	-----
-----	-----	-----
-----	-----	-----
-----	-----	-----
-----	-----	-----

Drugs Allergies / Drogas a las que es alérgico	Reaction / Reacción
-----	-----
-----	-----
-----	-----

SOCIAL HISTORY / HISTORIA SOCIAL

Single / Soltero (a) Married / Casado (a) Divorced / Divorciado (a) Widow / Viudo (a)
Do you smoke? / Usted fuma? Yes / Si No _____ cigarettes per day / cigarrillos por día
Do you drink alcohol? / Usted bebe alcohol? Yes / Si No _____ drinks per day / tragos por día
Have you ever use any illegal drugs? /
Ha usado usted alguna droga ilegal? Yes / Si No Name of the drug(s) / Nombre de la(s) droga(s)

EMPLOYMENT HISTORY / HISTORIAL LABORAL

What is your occupation? /Cuál es su ocupación? _____
How long have you work there? / Por cuánto tiempo ha estado usted trabajando allí? ____ mm ____ yy/aa
Are you disabled? / Es usted deshabilitado? Yes / Si No
If yes, please explain: / Si es así, por favor explique: _____

If your work requires to lift more than 10 lb, please specify maximum: / Si su trabajo requiere levantar mas de 10 lb,
por favor indique el peso máximo: _____
Has your work being affected by your current condition? Yes / Si No
Su trabajo ha sido afectado por su condición actual?
If yes, please explain: / Si es así, por favor explique: _____

FUNCTIONAL HISTORY / HISTORIA FUNCIONAL

Please check mark which of the following has been affected by your condition: / Favor marque cuál de los siguientes
ha sido afectado por su condición:

Physical or Hand Activity / Actividades Físicas o Manuales

Walking / Caminar Touch / Tocar
Stairs / Escaleras Grasp / Agarrar
Sports / Deportes Write / Escribir
Lifting / Levantar peso Type / Mecanografiar

Traveling / Viajes

Driving / Manejar Sexual Function /
Flying / Volar Función sexual

Various Activities / Actividades Varias

Personal Hygiene / Higiene personal

Bathing / Bañarse
Dressing / Vestirse
Eating / Comer
Going to the bathroom / Ir al baño

REVIEW OF SYSTEMS / REPASO DE SISTEMAS

Please check mark what applies the best to you: / Favor marque lo que mejor aplique a su caso:

General	Loss of Appetite Pérdida del Apetito	<input type="checkbox"/>	Weight Loss Pérdida de Peso	<input type="checkbox"/>	Weight Gain Aumento de Peso	<input type="checkbox"/>	Fatigue Fatiga	<input type="checkbox"/>	Fever Fiebre	<input type="checkbox"/>
Skin Piel	Color Changes Cambios de Color	<input type="checkbox"/>	Rashes Salpullido	<input type="checkbox"/>	Lumps Nódulos	<input type="checkbox"/>				
Head Cabeza	Concentration Concentración	<input type="checkbox"/>	Headaches Dolor de Cabeza	<input type="checkbox"/>	Memory Memoria	<input type="checkbox"/>				
Eyes Ojos	Excessive Tearing Lagrimar mucho	<input type="checkbox"/>	Blurry Vision Visión Borrosa	<input type="checkbox"/>	Eye Glasses Anteojos	<input type="checkbox"/>	Pain Dolor	<input type="checkbox"/>	Double Vision Visión Doble	<input type="checkbox"/>
Ears Oídos	Hearing Loss Perdida de Audición	<input type="checkbox"/>	Ear Infections Infección de Oídos	<input type="checkbox"/>	Earaches Dolor de Oídos	<input type="checkbox"/>	Vertigo Vértigo	<input type="checkbox"/>	Tinnitus Silbidos	<input type="checkbox"/>
Nose Nariz	Sinus Sinusitis	<input type="checkbox"/>	Congestion Congestión	<input type="checkbox"/>	Allergies Alergias	<input type="checkbox"/>				
Mouth Boca	Sore Throat Dolor de Garganta	<input type="checkbox"/>	Hoarseness Ronco	<input type="checkbox"/>						
Neck Cuello	Lumps Nódulos	<input type="checkbox"/>								
Lungs Pulmones	Shortness of breath Respiración Corta	<input type="checkbox"/>	Sputum Flema	<input type="checkbox"/>	Cough Toser	<input type="checkbox"/>				
Heart Corazón	Palpitations Palpitaciones	<input type="checkbox"/>	Chest Pain Dolor de Pecho	<input type="checkbox"/>						
Abdomen	Constipation Estreñimiento	<input type="checkbox"/>	Vomiting Vómito	<input type="checkbox"/>	Heartburn Acidez	<input type="checkbox"/>	Pain Dolor	<input type="checkbox"/>	Nausea Nauseas	<input type="checkbox"/>
	Diarrhea Diarrea	<input type="checkbox"/>	Ulcers Úlcera	<input type="checkbox"/>						
Extremities	Poor Circulation Circulación Pobre	<input type="checkbox"/>	Swelling Hinchazón	<input type="checkbox"/>						
Bladder Vejiga	Burning on Urination Ardor al Orinar	<input type="checkbox"/>	Incontinence Incontinencia	<input type="checkbox"/>	Urinating a lot Orinar mucho	<input type="checkbox"/>	Urgency Urgente	<input type="checkbox"/>		
Vascular	Leg Cramps Calambre en piernas	<input type="checkbox"/>	Varicose Veins Venas Varicosas	<input type="checkbox"/>	Easy Bruising Moretones	<input type="checkbox"/>	Bleeding Sangrado	<input type="checkbox"/>		
Endocrine Endocrino	Excessive Sweating Sudor Excesivo	<input type="checkbox"/>	Cold Intolerance Intolerancia al Frío	<input type="checkbox"/>	Heat Intolerance Intolerancia al Calor	<input type="checkbox"/>				
Psych/ Neuro	Tremors Temblores	<input type="checkbox"/>	Syncope Desmayos	<input type="checkbox"/>	Seizures Convulsiones	<input type="checkbox"/>	Anxiety Ansiedad	<input type="checkbox"/>	Depression Depresión	<input type="checkbox"/>