

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 Yes / Si No Doblarse para adelante / atrás Yes / Si No

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

Estar sentado por mucho tiempo Yes / Si No Levantar algo Yes / Si No

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"/> |