

Rellene el formulario completo para que el **PODEMOS AYUDARLE A USTED CON SU condición dolorosa** (PLEASE FILL OUT THIS FORM COMPLETELY SO WE CAN HELP YOU WITH YOUR PAINFUL CONDITION.)

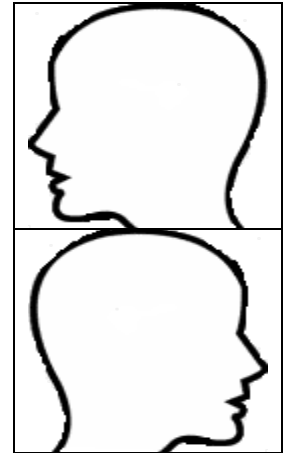
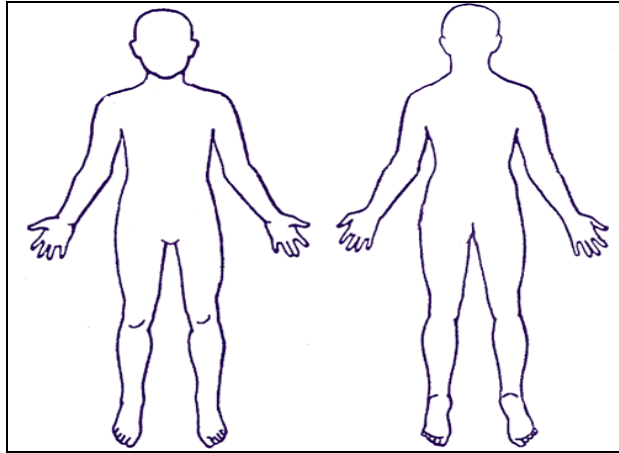
NOMBRE: _____ **EDAD:** _____ **SEXO:** M / F **ESTATURA** ___' ___" **PESO** _____ lbs
(Name) (Age) (Sex) (Height) (Weight)

OCCUPACION: _____ **ULTIMA FECHA EN QUE TRABAJO** ___/___/___
(Occupation) (Date last worked)

CC: **PORQUE LO ENVIAMON ANUESTRA CLINICA?** _____
(Why were you referred to our clinic?)

HPI: POR FAVOR, DESCRIBA SU DOLOR POR EL SOMBREADO EN LAS ZONAS AFECTADAS Y COLOCANDO UNA "X" EN LAS ZONA QUES MAS DUELE. CIRCULE TODAS LAS PALABRAS DESCRIPTIVAS APLICABLES.
(Please describe your pain by shading in the affected areas and placing an « X » on the area that hurts the most. Circle all applicable descriptive words.)

- CONSTANTE** (Constant)
- DIARIO** (Daily)
- DOLIENDO** (Aching)
- ARDIENTE** (Burning)
- ADORMECEDOR**
- HORMIGUEO** (Numbing)
- PIQUETE** (Pins/Needles)
- TEMPORAL** (Temporary)
- OCASIONAL** (Occasional)
- PUNZANTE** (Shooting)
- PUNALADA** (Stabbing)
- (Tingling)



POR FAVOR intento de cuantificar su dolor a través de porcentajes. SU DOLOR TOTAL debe sumar el 100%. (POR EJEMPLO: dolor de espalda baja del 20% y el 80% DOLOR PIERNA DERECHA = 100%).
(Please attempt to quantify you pain using percentages. Your total pain should add up to 100%. Example: 20% low back pain and 80% right leg pain =100%.)

CABEZA _____% **CUELLO** _____% **BRAZO DERECHO** _____% **BRAZO IZQUIERDA** _____%
(Head) (Neck) (Right Arm) (Left Arm)

PECHO _____% **ABDOMEN** _____% **SUPERIOR de la ESPALDA** _____% **MEDIA de la ESPALDA** _____%
(Chest) (Abdomen) (Upper Back) (Mid Back)

COLUMNA LUMBAR _____% **CADERA/GLUTEOS** _____% **PIERNA DERECHO** _____% **PIERNA IZQUIERDA** _____%
(Lower Back) (Hips/Buttocks) (Right Leg) (Left Leg)

CIRCLE THE ACTIVITIES WHICH TEND TO **INCREASE** YOUR PAIN:
(Circula todas las actividades que incrementan tu dolor)

- CAMINAR** (Walking)
- LEVANTAMIENTO** (Lifting)
- DOBLADO** (Bending)
- TORSION** (Twisting)
- PARANDOTE** (Standing)
- SENTADO** (Sitting)

LLENAR EN LAS ACTIVIDADES QUE DISMINUIR SU DOLOR: _____
(Fill in activities which decrease your pain)

HACE ESTE DOLOR AFECTAR SU SUENO? **SI / NO?**
(Does this pain affect your sleep? Yes/No?)

MEDICAMENTO ACTUALES DEL DOLOR: _____ **PRESCRITA POR DR.** _____
(Current Pain Medications) (Prescribed by DR.,)

MARQUE SU PUNTUACION MEDIA DE DOLOR:
(Mark your average pain score)

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

MARQUE SU DOLOR PEORES:
(Mark your worst pain score)

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

NOTA: (CERO ES IGUAL A AUSENCIA DE DOLOR Y DE LA DIEZ ES IGUAL A SU PEOR DOLOR IMAGINABLE)
(Note: Zero equals no pain and ten equal s your worst imaginable pain)

CUANDO EMPEZO EL DOLOR? _____ **(ESPONTANEOUS/ HERIDA/ ACCIDENTE/ CIRUGIA/ OTROS)**
(When did this pain begin?) (Spontaneous / Injury / Accident / Surgery / Other)

POR FAVOR **DESCRIBA COMO COMENZO:** (Please describe how it began) _____

ALGUNA VEZ HA TENIDO ALGUN ACCIDENTE O LESIONES QUE AFECTAN A LAS MISMAS ZONA ANTES?
SI / NO SI ES SI, CUANDO? _____ (Have you ever had any accidents or injuries affecting these same areas before?)

TREATMENT: QUE TIPO DE TRATAMIENTO HA TENIDO EN EL PASADO PARA TRATAR SU DOLOR ACTUAL. POR FAVOR MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN. (Which types of treatment have you had in the past to treat your current pain. Please circle all that apply.)

CLINICAS DE DOLOR (Pain Clinics) **TERAPIA FISICA** (Physical Therapy) **MASAJE** (Massage) **QUIROPRACTICA** (Chiropractic) **INYECCIONES** (Injections) **CIRUGIA** (Surgery)

ACUPUNTURA (Acupuncture) **IMANES** (Magnets) **HIERBAS** (Herbs) **OTROS:** _____ (Other)

FAVOR DE INDICAR TODOS LOS TRATAMIENTOS: (Please list all treatments below)

PROFESIONAL DE LA SALUD (Healthcare Professional)	FECHA APROXIMADA (Approximate Date)	DIAGNOSTICO (Diagnosis)	TRATAMIENTO/ MEDICAMENTOS (Treatment/Medications)

EXAMENES DE DIAGNOSTICO: (Diagnostic Examinations) **POR FAVOR TODOS LOS QUE APLICAN CIRCLE** (Please circle all that apply)

RADIOGRAFIAS/ TOMOGRAPHIA AXIAL COMPUTARIZADA/ MRI RADIOGRAFIA/ MIELOGRAMA/ ELECTROMIOGRAFIA/OTROS
(X-Rays) (CT Scan) (MRI) (Myelogram) (EMG/NCV) (Other)

PASADO/HISTORIA MEDICA ACTUAL: (Past / Current Medical History) **POR FAVOR TODOS LOS QUE APLICAN CIRCLE:** (Please circle all that apply)

ARTRITIS (Arthritis) **ASMA** (Asthma) **SANGRADO PROBLEMAS** (Bleeding Problems) **CANCER** (Cancer) **CIRROSIS** (Cirrhosis) **COLITIS** (Colitis) **DIABETES** (Diabetes) **ENFISEMA** (Emphysema) **SOPLO CARDIACO** (Heart Murmur)

PROBLEMS DEL CORAZON (Heart Problems) **HEPATITIS / ICTERICIA** (Hepatitis/ Jaundice) **ALTA PRESION ARTERIAL** (High Blood Pressure) **VIH / SIDA** (HIV/ AIDS) **ENFERMEDAD RENAL** (Kidney Disease)

EPILEPSIA (Epilepsy) **INFARTO CEREBRAL** (Stroke) **TIROIDES** (Thyroid disease) **DIFICULTAD PARA ORINAR** (Trouble Urinating) **ULCERA** (Ulcer) **ENFERMEDAD VASCULAR** (Vascular Disease)

LISTA DE TODO LOS MEDICAMENTOS ACTUALES: _____
(List all current medications)

ESTA TOMANDO ANTICOAGULANTES COMO COUMADIN, WARFARINA, PLAVIX O TICLID? **SI / NO**
(Are you taking any blood thinning medication listed above? Yes or No)

ALERGIAS A MEDICAMENTOS: _____
(Allergies to medications)

HISTORIA PASADA QUIRURGICO: (POR FAVOR ANOTE TODO OPERACIONES QUE HA TENIDO) _____
(Past Surgical History: Please list all operations you have had)

SH: SOLTERO _____ CASADO _____ DIVORCIADO _____ SEPARADO _____ VIUDO _____ # DE NINOS _____
(Single) (Married) (Divorced) (Separated) (Widowed) (# of children)

PAQUETES DE CIGARROLLOS FUMADOS / DAY _____ **# DE BEBIDAS ALCOHOLICAS / DIA** _____
(Packs of cigarette smoked per day) (# of Alcoholic beverages per day)

HISTORIA DE ABUSO DE SUSTANCIAS SI / NO? EN CASO AFIRMATIVO, QUE TIPO? _____
(History of substance abuse, Yes/No, If yes what type?)

FH: LISTA DE QUALQUIER ENFERMADES QUE EN SU FAMILIA: _____
(List any illnesses which run in your family)

ROS: POR FAVOR **CIRCLE** LOS SINTOMAS QUE USTED TENGA HOY:
(Please circle all symptoms you may currently have)

CAMBIO EN LA VISION / DOLOR EN EL PECHO / TOS / DIARREA / ESTREÑIMIENTO / MAREO / COAGULOPATIA / DESMAYO
(Change in vision) (Chest Pain) (Cough) (Diarrhea) (Constipation) (Dizziness) (Easy Bleeding) (Fainting)

FIEBRE/ PICAZON / DIFICULTAD PARA RESPIRAR / PROBLEMAS ESTOMACALES / PROBLEMAS URINARIOS / CAMBIO DE PESO
(Fever) (Itching) (Shortness of Breath) (Stomach Problems) (Urinary Problems) (Weight Loss / Gain)

QUIEN ES SU MEDICO DE ATENCION ACTUAL PRIMARIA / PROVEEDOR: _____
(Who is your current Primary Care Physician/Provider ?)