



INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre del paciente (letra de molde): _____ Fecha _____

Fecha de Nacimiento _____ Edad _____

Sexo: Masculino Femenino

Sabemos que llenar estas formas es difícil – pero por favor llenelas con cuidado. Sus respuestas exactas nos dará un mayor conocimiento de usted y su problema. De esta información, le podremos proveer el mejor cuidado medico posible.

Por favor ayudenos, y al mismo tiempo a usted, al tomar el tiempo necesario para responder las preguntas con exactitud. Tenga cuidado de seguir las instrucciones en cada sección. Márque claramente las cajas, y ponga el círculo apropiadamente o escriba claramente donde se le indique

Gracias por su cooperación!



¡Por favor llene estas formas completamente!

Sabemos que el llenar estas formas puede ser difícil, pero por favor completelas con cuidado. Sus respuestas adecuadas nos darán una mejor comprensión de usted y de sus problemas. Con la información adecuada que usted nos proporcione nosotros le podremos brindar un mejor cuidado medico. Por favor tenga cuidado de seguir las instrucciones en cada sección. Marque claramente las cajas , y llene los vacíos donde se le indicó.
¡Gracias por ayudarnos a conocerle mejor!

Fecha [Date]: _____

Nombre del paciente [Patient's Name]: _____

Sexo [Gender]: Masculino [Male] Femenino [Female]

Fecha de Nacimiento [Date of Birth]: _____

Edad [Age]: _____

ESQUEMA DE DOLOR [Pain Diagram]

Por favor márque las areas donde sienta las siguientes sensaciones
[Please mark the areas where you feel the following sensations]:

Adolorido

[Ache]
^ ^ ^ ^
^ ^ ^ ^
^ ^ ^ ^

Adormecido

[Numbness]
oooo
oooo
oooo

Cosquilleo

&

Hormiguéo

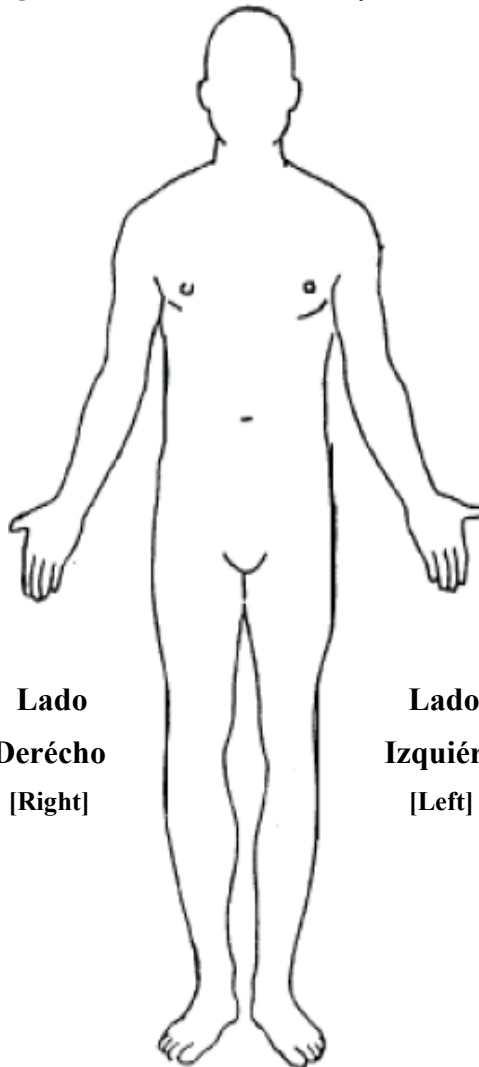
[Pins & Needles]
=====
=====
=====

Ardór

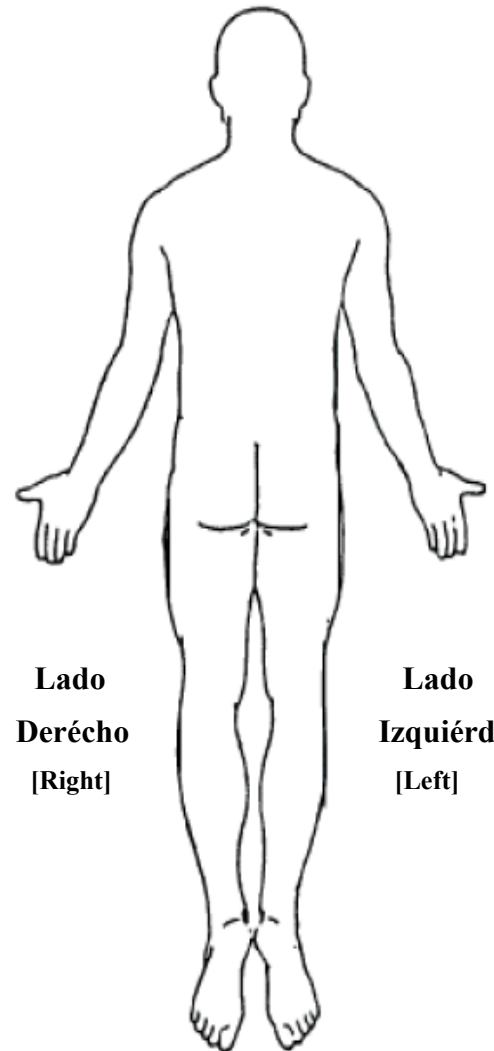
[Burning]
xxxx
xxxx
xxxx

Puñaláda

[Stabbing]
////
////
////



Lado
Derécho
[Right]



Lado
Izquierdo
[Left]

Lado
Derécho
[Right]

Lado
Izquierdo
[Left]

Anterior [Front]

Posterior [Back]



LOS FACTORES DE SUS QUEJAS [FACTORS OF COMPLAINT]

Como y cuando empezo el problema (marque cada respuesta que aplique a su dolor de espalda/cuello):
[How and when did your problem begin? (Please mark each answer that applies to your neck/back.)]

- No se como empezo [I don't know how it began.]
- Viene y va [It comes and goes]
- Por mucho tiempo (como _____ años) [I've it for a long time (____ years)]
- Lesión (fecha de lesion _____) [Injury (date of injury ____)]
- En el trabajo [On the job]

Explique como sucedio. [Explain how the injury happened.] : _____

Que tan fuerte es su dolor? Ponga una "X"(X) en cada una de las lineas que indique su dolor actual.

Que tan fuerte es su dolor de espalda baja? [How bad is your low back?]

[No pain] _____ [Worst possible]
Nada _____ Intolerable

Que tan fuerte es su dolor en su/sus pierna(s)? [How bad is your leg pain?]

Nada _____ Intolerable

Que tan fuerte es su dolor de su media espalda? [How bad is your middle back pain?]

Nada _____ Intolerable

Que tan fuerte es su dolor en su cuello? [How bad is your neck pain?]

Nada _____ Intolerable

Que tan fuerte es su dolor en su brazo(s)? [How bad is your arm pain?]

Nada _____ Intolerable

Tiene los siguientes problemas? [Do you have any of the following problems?]

- | | | |
|---|---|-----------------------------|
| El dolor empeora por la noche? | [Yes] | [No] |
| | [Is your pain worse at night?] | |
| | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| El dolor lo despierta? | [Does your pain awaken you from sleep?] | |
| | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| El toser afecta el dolor? | [Does coughing affect your pain?] | |
| | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Sus piernas se cansan/duelen al caminar mucho? | [Do your legs tire/hurt if you walk too far?] | |
| | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Si respondio "Sí", que tan lejos camina? [If YES, how far can you walk?]: | | |

- Menos de una cuadra [less than 1 block]
- Mas de 3 cuadras [more than 3 blocks]
- 1-3 cuadras [1-3 blocks]

Control de vejiga (orina):

- Ningún problema [No problem]
- No puede vaciar la vejiga [Can't empty bladder]
- Pérdida de control de orina (accidentes) [Loss of bladder control]

Deposición:

- Ningún problema [No problem]
- Estreñimiento [Constipation]
- Pérdida de control (accidentes) [Loss of control]



Como le afecta lo siguiente:
[How does each of the following affect your pain?]:

	[Better]	[Worse]	[No change]	[Don't know]
Sentar [Sitting]	<input type="checkbox"/> Mejor	<input type="checkbox"/> Peór	<input type="checkbox"/> Ningun cambio	
Parar [Standing]	<input type="checkbox"/> Mejor	<input type="checkbox"/> Peór	<input type="checkbox"/> Ningun cambio	
Caminar [Walking]	<input type="checkbox"/> Mejor	<input type="checkbox"/> Peór	<input type="checkbox"/> Ningun cambio	
Acostado [Lying down]	<input type="checkbox"/> Mejor	<input type="checkbox"/> Peór	<input type="checkbox"/> Ningun cambio	
Pararse de asiento [Rising from a chair]	<input type="checkbox"/> Mejor	<input type="checkbox"/> Peór	<input type="checkbox"/> Ningun cambio	
Calor [Heat]	<input type="checkbox"/> Mejor	<input type="checkbox"/> Peór	<input type="checkbox"/> Ningun cambio	<input type="checkbox"/> N/A
Frío [Cold]	<input type="checkbox"/> Mejor	<input type="checkbox"/> Peór	<input type="checkbox"/> Ningun cambio	<input type="checkbox"/> N/A
Masaje [Massage]	<input type="checkbox"/> Mejor	<input type="checkbox"/> Peór	<input type="checkbox"/> Ningun cambio	<input type="checkbox"/> N/A
Actividad Física [Physical Activity]	<input type="checkbox"/> Mejor	<input type="checkbox"/> Peór	<input type="checkbox"/> Ningun cambio	<input type="checkbox"/> N/A

[Yes] [No]
 Sí No

Siente alivio al descansar las piernas? [Is this relieved by resting your legs?] Sí No

TRATAMIENTOS ANTERIORES [Previous Treatments]

Necesitamos saber los tratamientos que ya recibio para su **dolor de espalda/cuello**. Si su respuesta es "Si", **indique si su condicion es mejor o peor**. [We need to know about the treatments you have already received for your current back/neck pain. If YES, did it make your condition better or worse?]

Si contesto "Si" indique la fecha:

He recibido:	[Better]	[Worse]	[If Yes, put the date.]
Terapia física [Physical Therapy]	<input type="checkbox"/> Mejor	<input type="checkbox"/> Peór	_____
Cuidado Quiropráctico [Chiropractic care]	<input type="checkbox"/> Mejor	<input type="checkbox"/> Peór	_____
Inyecciones [Injections]	<input type="checkbox"/> Mejor	<input type="checkbox"/> Peór	_____
Consulta Psicológica [Psychological consultation]	<input type="checkbox"/> Mejor	<input type="checkbox"/> Peór	_____
Otra [Other]: _____	<input type="checkbox"/> Mejor	<input type="checkbox"/> Peór	_____

No me han hecho ninguno de los estudios en esta lista (siga a la siguiente sección) [___ I have had none of the tests in this list (go to the next section)]

	[Yes]	[No]	Si "Si", indique que fecha [If yes, put the date]:
Rayos X [X-rays]	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	_____
Imagen de resonancia magnética [MRI]	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	_____
Tomografía computada [CT scan]	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	_____
Mielograma [Myelogram]	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	_____
Discograma [Discogram]	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	_____
Estudio de nervios [EMG/NCV]	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	_____



Le han hecho cirugía en su espalda? [Have you ever had surgery on your back?] Si No

Si "Sí", conteste lo siguiente [If YES, complete the following]:

1) Tipo de cirugía [Type of surgery] _____
Fecha [Date] _____
Cirujano [Surgeon] _____
Le ayudo a su dolor? [Did it help your pain?] Si No

2) Tipo de cirugía [Type of surgery] _____
Fecha [Date] _____
Cirujano [Surgeon] _____
Le ayudo a su dolor? [Did it help your pain?] Si No

HISTORIA MEDICA GENERAL [GENERAL MEDICAL HISTORY]

Chéque toda condición que tenga o haya tenido. Si nada aplica a usted, chéque la siguiente caja.
[Check all the conditions below that you have currently or have had in the past. If NONE please check the following box.]

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ataque al corazón [Heart attack] | <input type="checkbox"/> Hepatitis [Hepatitis] |
| <input type="checkbox"/> Soplo en el corazón [Heart murmur] | <input type="checkbox"/> Cirrosis [Cirrhosis] |
| <input type="checkbox"/> Angina [Angina] | <input type="checkbox"/> Piedras en el riñón [Kidney stones] |
| <input type="checkbox"/> Alta presión [High blood pressure] | <input type="checkbox"/> Infección en el riñón [Kidney infection] |
| <input type="checkbox"/> Embolia cerebral [Stroke] | <input type="checkbox"/> Artritis degenerada [Degenerative arthritis] |
| <input type="checkbox"/> Várices en las venas [Varicose veins] | <input type="checkbox"/> Artritis reumatóide [Rheumatoid arthritis] |
| <input type="checkbox"/> Ulceras en el estomago [Stomach ulcers] | <input type="checkbox"/> Góta [Gout] |
| <input type="checkbox"/> Problemas duodenales [Duodenal problems] | <input type="checkbox"/> Ansiedad [Anxiety] |
| <input type="checkbox"/> Problemas del colon [Colon problems] | <input type="checkbox"/> Depresión [Depression] |
| <input type="checkbox"/> Diabetes [Diabetes] | <input type="checkbox"/> Enfisema [Emphysema] |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis [Tuberculosis] | <input type="checkbox"/> Bronquitis Crónico [Chronic Bronchitis] |
| <input type="checkbox"/> Pulmonía frecuente [Frequent pneumonia] | <input type="checkbox"/> Asma [Asthma] |
| <input type="checkbox"/> Tendencia a sangrar [Bleeding Tendency] | <input type="checkbox"/> Anémia(contéo sanguíneo bajo) [Anemia (low blood count)] |
| <input type="checkbox"/> Dificultad sexual [Sexual difficulty] | <input type="checkbox"/> Próstata engrandecida [Enlarged prostate] |
| <input type="checkbox"/> Problemas menstruales [Menstrual problems] | |
- Cancer: tipo [Cancer type] _____ Otro [Other]: _____

Haga lista de alguna cirugía que haya tenido, que no sea de la espalda/cuello. [List any major surgery you have had, other than on your back/neck.]

Tipo de cirugía: [Type of surgery]	Año [Year]
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____

Es alérgico a medicamentos? Si No

[Are you allergic to any medications?]

Si "Sí" anote los medicamentos.

[If yes, list the medications.]

Haga lista de todos los medicamentos que toma; incluya con receta, sin receta, y naturales. A los medicamentos con receta indique el doctor que se las recetó. Si no toma nada chéque la siguiente caja.

[Make a list of all your medications you take, include prescription, over-the-counter, and herbals. If NONE please check the following box]

Medicamento [Medication]	Razón para tomarla [Reason Taken]	Cada cuando la toma [How often taken]	Doctor
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____



HISTORIA MEDICA DE SU FAMILIA [FAMILY MEDICAL HISTORY]

No se la historia medica de mis padres biológicos o otros miembros de la familia (siga a la siguiente sección). [I do not know the medical history of my biological parents or other family members. (Go on to the next section)]

Madre[Mother]:
 Vive [Alive]
Edad[Age]: _____
 Fallecio [Deceased]
Edad[Age]: _____
Razon de Fallecimiento [due to]:

Padre [Father]:
 Vive [Alive]
Edad[Age]: _____
 Fallecio [Deceased]
Edad[Age]: _____
Razon de Fallecimiento [due to]:

Tengo _____ hermanos/hermanas vivos/a(s).
[I have _ brothers/sisters living]
Tengo _____ hermanos/hermanas fallecido/a(s).
[I have _ brothers/sisters deceased]
Razon de Fallecimiento

Miembros de mi familia (padres, hermanos/hermanas,abuelos,tios/tias)sufren de las siguientes condiciones: [Members of my family (parents, brothers/sisters, grandparents, aunts/uncles) suffer with the following:]

<input type="checkbox"/> Embolia cerebral [Stroke]	<input type="checkbox"/> Osteoporosis [Osteoperosis]
<input type="checkbox"/> Diabétes [Diabetes]	<input type="checkbox"/> Escoliosis [Scoliosis]
<input type="checkbox"/> Enfermedad en el pulmón [Lung disease]	<input type="checkbox"/> Cifosis [Kyphosis]
<input type="checkbox"/> Alta presión [High blood pressure]	<input type="checkbox"/> Artritis [Arthritis]
<input type="checkbox"/> Problemas con el corazón [Heart trouble]	<input type="checkbox"/> Ninguna [None of these]
<input type="checkbox"/> Problemas de espalda [Back problems]	<input type="checkbox"/> No se [Don't know]
<input type="checkbox"/> Cancer [Cancer]	<input type="checkbox"/> Otra [Other]: _____

ESTATUS LABORAL [WORK STATUS]

Favor de indicar su estatus laboral actual. [Please indicate your current work status.]:

Trabajo tiempo completo [Working full time]
 Trabajo de medio tiempo (menos de 40 horas a la semana) [Working part time (less than 40 hrs per week)]
 Buscando trabajo [Seeking employment]
 No trabajo(retirado, ama de casa, esudiante, etc.) [Not working by choice (retired, homemaker, student, etc.)]
 Físicamente incapacitado a trabajar a causa del problema de espalda/cuello [Physically unable to work due to back/neck problem]
 Físicamente incapacitado a trabajar pero no debido a un problema de espalda/cuello [Physically unable to work not due to back/neck problem]

Cual es su oficio (el trabajo que tenia antes de que empezará su problema de espalda) [What is your usual occupation (the job that you had before you began to have neck/back problems)]? _____

Antes del dolor de espalda/cuello trabajaba normalmente
[Before having back/neck pain, did you normally work]:

Tiempo completo [Full time] Medio Tiempo [Part time] N/A [Neither]

El dolor ha afectado su habilidad de hacer o buscar trabajo? Si No N/A
[My pain has affected my ability to do or seek work?]

Le gusta su estatus laboral? [Do you like your work situation?] Si No N/A

Lo han suspendido de su trabajo? [Are you suspended from work?] Si No N/A



HISTORIA SOCIAL [SOCIAL HISTORY]

Estatus Matrimonial [Marital Status]

Casado(a) [Married]
 Separado(a) [Separated]
 Divorciado(a) [Divorced]
 Soltero(a) [Single]
 Viudo/Viuda [Widow/Widower]

Educación [Education]
(chéque el nivel mas alto de educación que termino) [Check the highest level completed]

Primaria [Grammar school]
 Preparatoria [High school]
 Colegio [College]
 Posgrado [Post – graduate]

Fumar [Smoking]

Fuma, o alguna vez ha fumado? Si No
[Do you, or have you ever smoked?]

Si “Si” termine lo siguiente [If yes, please complete the following]:

Fúmo ____ cajas al día y he fumado por ____ años
[I smoke ____ packs per day and I have smoked for ____ years.]

Si, fumé ____ cajas al día, pero deje de fumar hace ____ años
[I did smoke ____ packs per day for ____ years, but I quit smoking ____ years ago.]

Usa algun producto de tabaco sin humo? Si No
[Do you use any smokeless tobacco product?]

Alcohol [Alcohol]

Usted toma? [Do you drink?] Si No
Cerveza [Beer] Si No
Vino [Wine] Si No
Bebidas fuertes (liqor) [“Hard” drinks] Si No

Frecuencia en la que toma: [Frequency of drinking]

Nunca [Never]
 Raramente [Rarely]
 Socialmente [Socially]
 Diariamente [Daily]

Cual es su habilidad de gozar su vida?
[What is your ability to enjoy life?]

Excelente [Excellent]
 Muy Buena [Very Good]
 Buena [Good]
 Regular [Fair]
 Mal [Poor]

Efecto que tiene su dolor de espalda/cuello en su estilo de vida. [Effect of your back/neck pain on your lifestyle.]

El ambiente de mi hogar me provee apoyo durante este tiempo dificil. Si No
[I describe my home setting as supportive of me during this time.]

En el ambiente del trabajo me provee apoyo durante este tiempo dificil. Si No
[I describe my work setting as supportive of me during this time.]

Mi dolor ha afectado mi relacion con mi familia y amigos. Si No
[My pain has affected my interaction with my family and friends.]

Los cambios en mi estilo de vida a causa de mi problema han sido muy dificiles. Si No
[The changes in my lifestyle due to my problem have been difficult for me.]

Nos falto preguntarle algo que usted crea es importante que sepamos? [Is there anything we have failed to ask that you believe is important for us to know?] Si No Si “Si” explique [If YES, please explain]: _____

Actualmente esta involucrado legalmente a consecuencia de su dolor de espalda Si No
[Are you currently in litigation in regards to your back pain?]



REVISION DE SISTEMAS [REVIEW OF SYSTEMS]

Tiene algunas de las siguientes? (chéque sí o no para cada pregunta) [Do you have any of the following: (check yes or no)]

General:

Reciente pérdida de peso de mas de 10 libras? Si No
 [Recent weight loss of more than 10 pounds?]

Reciente aumento de peso de mas de 10 libras? Si No
 [Recent weight gain of more than 10 pounds?]

Fiebre? [Fever?] Si No

Escalofríos? [Chills?] Si No

Sudores por la noche? [Night sweats?] Si No

A visitado su doctor de cabecera en el ultimo año? Si No
 [Have you seen your primary care physician in the last year?]

Cardiología [Cardiac]:

Dolor de pecho Si No
 [Chest pain]

Falta de aliento Si No
 [Shortness of breath]

Respiratorio [Respiratory]:

Resuella al respirar [Wheezing] Si No

Pulmonía [Pneumonia] Si No

Tos cronica [Chronic cough] Si No

Gastrointestinal:

Dolor abdominal [Abdominal pain] Si No

Nausea [Nausea] Si No

Vomito [Vomiting] Si No

Diarréa [Diarrhea] Si No

Problemas del hígado [Liver problems] Si No

Piel [Skin]:

Lagas al descubierto [Open sores] Si No

Lunares recientes [New moles] Si No

Proceso lento de curación [Poor healing] Si No

Infección de piel [Skin infection] Si No

Huesos/Coyunturas [Bones/Joints]:

Dolor de hombro [Shoulder pain] Si No

Dolor de muñeca/mano [Wrist/hand pain] Si No

Dolor de cadera [Hip pain] Si No

Dolor de rodilla [Knee pain] Si No

Lupus [Lupus] Si No

Debilidad muscular [Muscle weakness] Si No

Fibromialgia [Fibromyalgia] Si No

Sistema Nervioso [Nervous System]:

Dolores de cabeza [Headaches] Si No

Temblores [Tremors] Si No

Deficiencia del habla [Poor speech] Si No

Cambios en la vista [Changes in Vision] Si No

Endocrino [Endocrine]:

Problemas de glándulas tiroídes Si No
 [Thyroid problems]

Hematológico/Oncológico [Hematologic/Oncologic]:

Propenso a moretones [Easy bruising] Si No

Medicina para diluir la sangre Si No
 [Blood thinning medication]

Transfusión de sangre [Blood transfusion] Si No

Transplante de órgano [Organ transplant] Si No

Genitourinario (GU) [Genitourinary]:

Función abnormal del riñon Si No
 [Abnormal kidney function]

Dolor al orinar Si No
 [Pain with urination]

Infección frecuente del orine Si No
 [Frequent urinary infections]

Salud Mental [Mental Health]:

Disturbios de sueño [Sleep disturbances] Si No

Deahuciado [Feeling of hopelessness] Si No