

DR. PIRES

The Spine and Orthopedic Center ***(Centro Ortopédico y de Columna Vertebral)***

NEW PATIENT QUESTIONNAIRE

(CUESTIONARIO PARA PACIENTE NUEVO)

(Complete this questionnaire prior to your appointment)

(Complete este cuestionario antes de asistir a su cita)

Today's Date: _____

(Fecha de hoy)

Patient's Name: _____ Date of Birth: _____ Age: _____

(Nombre del paciente)

(Fecha de nacimiento)

(Edad)

Primary Physician's Name: _____

(Nombre del médico de cabecera)

Referring Physician's Name: _____

(Nombre del médico que deriva)

Job Title (current): _____ Currently working? Y / N

(Puesto actual)

(¿Actualmente está trabajando? S / N)

Questions About Your Current Problem:

(Preguntas sobre su problema actual)

Where is your pain? _____

(¿Dónde siente dolor?)

When did the pain begin? _____

(¿Cuándo comenzó el dolor?)

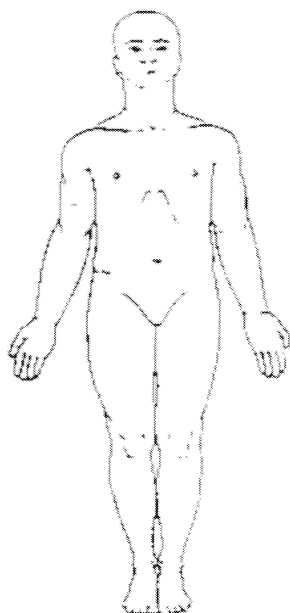
What do you believe caused/ is causing the pain? _____

(¿Qué cree que está causando el dolor?)

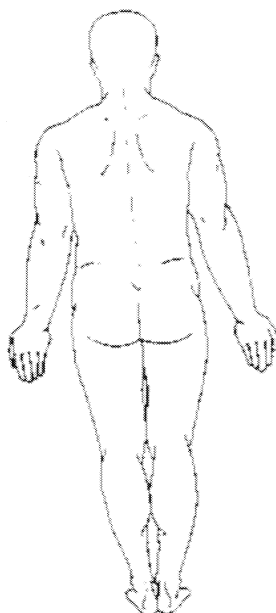
Mark the areas on the body where you have pain. **If multiple areas, please circle which area is the worst:**

*(Marque las áreas del cuerpo donde tiene dolor. **Si son muchas áreas, marque con un círculo el área que más le duele.**)*

FRONT
(FRENTE)



BACK
(ESPALDA)



Use the following scale to indicate the severity of your pain on average on a scale of 0-10:
(Utilice la siguiente escala para indicar la gravedad de su dolor en promedio con una escala del 0 al 10)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No pain (Sin dolor)		Mild pain Dolor leve		Moderate pain Dolor moderado				Severe pain Dolor intenso		Worst possible pain Peor dolor posible)

Circle the type of pain: aching, throbbing, burning, stabbing, shooting, numbness, tingling

(Marque con un círculo el tipo de dolor: persistente, punzante, urente, agudo, intenso, entumecimiento, hormigueo)

What makes your pain worse? _____

(¿Qué empeora su dolor?)

What makes your pain better? _____

(¿Qué mejora su dolor?)

The worst position for the pain is: ☐ Sitting ☐ Standing ☐ Walking ☐ Other: _____

(La peor posición para el dolor es: Sentado Parado Caminando Otro)

List all Medical Problems:

(Enumere todos los problemas médicos)

List all prior injections/ surgeries and approximate dates:
(Enumere todas las inyecciones/cirugías previas y las fechas aproximadas)

List of current medications:
(Enumere los medicamentos actuales)

Allergies: _____
(Alergias)

Family History of any related medical problems: _____
(Antecedentes familiares de cualquier problema médico relacionado)

Social History:
(Antecedentes sociales)

- ☐ yes ☐ no Do you drink alcohol? If yes, how much per week _____
(sí no ¿Toma alcohol? Si la respuesta es sí, cuánto toma por semana)
- ☐ yes ☐ no Do you smoke? If yes, how much per day _____
(sí no ¿Fuma? Si la respuesta es sí, cuánto fuma por día)
- ☐ yes ☐ no Do you use street drugs?
(sí no ¿Toma drogas ilegales?)
- ☐ yes ☐ no Have you been treated for drug or alcohol abuse?
(sí no ¿Ha sido tratado por un problema de drogas o alcohol?)

Review of Systems:
(Revisión de los sistemas)

Check all that apply:

☐ None apply

(Marque todas las opciones que corresponden Ninguna corresponde)

- | | | | |
|---|--|--|---|
| ☐ Fever or chills
<i>(Fiebre o escalofrío)</i> | ☐ Bowel incontinence
<i>Incontinencia intestinal</i> | ☐ urinary incontinence
<i>Incontinencia urinaria</i> | ☐ Frequent urination
<i>Micción frecuente)</i> |
| ☐ Constipation
<i>(Constipación)</i> | ☐ bleeding with bowel movements
<i>Sangrado con las deposiciones</i> | | ☐ Burning on urination
<i>Ardor al orinar)</i> |
| ☐ Swollen ankles
<i>(Tobillos inflamados)</i> | ☐ Hot or cold spells
<i>Ola de calor o de frío</i> | ☐ Frequent rash
<i>Erupción frecuente</i> | ☐ Difficulty starting urination
<i>Dificultad para comenzar a orinar)</i> |
| ☐ Loss of hearing
<i>(Pérdida de la audición)</i> | ☐ Calf cramps w/walking
<i>Calambres en las pantorritas c/camina</i> | ☐ Frequent headaches
<i>Dolores de cabeza frecuentes</i> | ☐ Bleeding with urination
<i>Sangrado al orinar)</i> |
| ☐ Ear pain
<i>(Dolor de oído)</i> | ☐ Poor appetite
<i>Poco apetito</i> | ☐ Blackouts
<i>Desmayos</i> | ☐ Frequent diarrhea
<i>Diarrea frecuente)</i> |
| ☐ Hoarseness
<i>(Ronquera)</i> | ☐ Tooth ache
<i>Dolor de muela</i> | ☐ Seizures
<i>Convulsiones</i> | ☐ Recent wt. change
<i>Cambio reciente en el peso)</i> |
| ☐ Stomach pain
<i>(Dolor de estómago)</i> | ☐ Gum trouble
<i>Problemas en las encías</i> | ☐ Heart or chest pain
<i>Dolor en el corazón o el pecho Falta de aire)</i> | ☐ Shortness of breath |
| ☐ Ulcers
<i>(Úlceras)</i> | ☐ Difficulty swallowing
<i>Dificultad para tragar</i> | ☐ Nausea or vomiting
<i>Náuseas o vómitos)</i> | |

Your Approximate Weight : _____
(Su peso aproximado)

Your Approximate Height: _____
(Su altura aproximada)