

The Spine and Orthopedic Center
NEW PATIENT QUESTIONNAIRE
Michael Kenly, MD

CUESTIONARIO PARA PACIENTES NUEVOS

Translator: _____

Estimado paciente: complete este cuestionario para su cita. Gracias.

(Dear Patient: Please complete this questionnaire for your appointment. Thank you.)

Fecha de hoy: _____
(Today's Date:)

Nombre: _____ **Fecha de nacimiento:** _____ **Edad:** _____
(Your Name) (Date of Birth) (Age)

Dirección: _____
(Street Address)

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código postal:** _____
(City) (State) (Zip)

Nombre y dirección del médico familiar (si lo sabe): _____
(Primary Physician's Name & Address (if known))

Nombre y dirección del médico remitente (si lo sabe): _____
(Referring Physician's Name & Address (if known))

Farmacia preferida: _____ **N. ° de teléfono:** _____
(Preferred Pharmacy) (Phone#)

Preguntas sobre su Problema Actual:
(Questions About Your Current Problem)

¿Dónde siente dolor? _____
(Where is your pain?)

¿Cuándo comenzó el problema actual que le causa dolor? _____
(When did your current pain problem begin?)

¿De qué manera?
(How did it happen?)

En general, ¿los síntomas han mejorado, empeorado o se mantienen igual?

(Generally speaking, are your symptoms getting better, worse or the same?)

- sí no **¿Tiene trabajo actualmente? De ser así, ¿a tiempo completo o parcial?**
(Are you working currently? If so full time or part time?)
Si no tiene trabajo, ¿por qué motivo? _____
(If not working why not?)
- sí no **¿Considera que este problema se debe a su trabajo?**
(Do you believe this problem is caused by your work?)
- sí no **Se ha quedado sin trabajo debido a este problema? Si la respuesta es afirmativa, ¿desde qué fecha?** _____
(Are you out of work because of this problem? If yes, since what date?)

Cargo (actual): _____
(Job Title (current))

Empleador o nombre de la compañía: _____
(Employer / Company Name)

Dirección: _____
(Address)

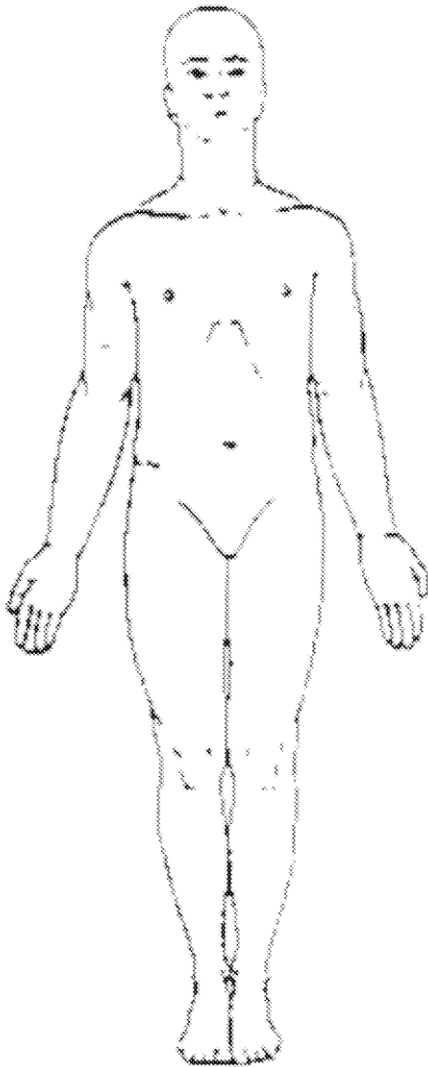
Antigüedad en el empleo: Años _____ Meses _____
(Length of employment) (Years) (Months)

¿Dónde siente el dolor? _____
(Where is your pain located?)

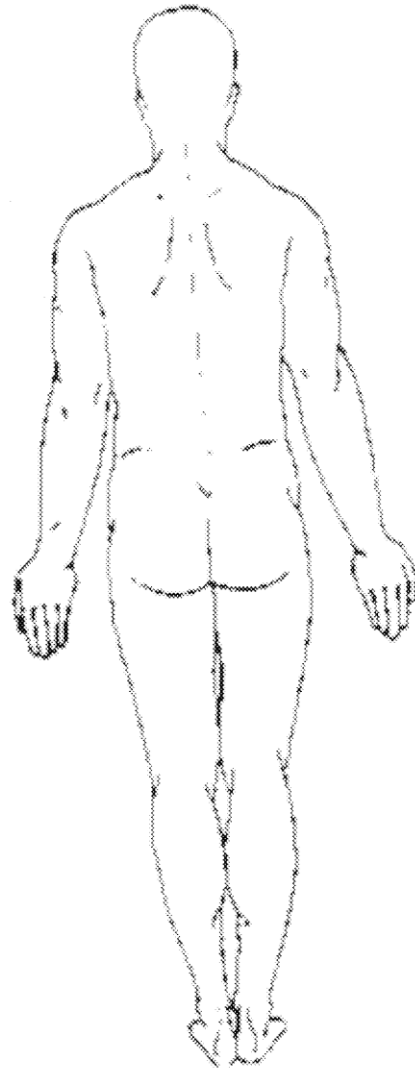
Marque las zonas del cuerpo en las que siente las sensaciones que se describen, utilizando los siguientes símbolos: Incluya todas las zonas afectadas. Si fueran varias zonas, marque con un círculo la peor:
(Mark the areas on the body where you feel the described sensations using the following symbols. Include all affected areas. If multiple areas, please circle which area is the worst:)

- oooooo** **Hormigueo y entumecimiento**
(Pins & Needles)
- xxxxxx** **Dolor con ardor**
(Burning Pain)
- ////////** **Dolor punzante**
(Stabbing Pain)
- vvvvvv** **Dolor intenso**
(Aching Pain)
-** **Adormecimiento**
(Numbness)

(FRENTE)
FRONT



(ESPALDA)
BACK



Utilice la siguiente escala para indicar la gravedad de su dolor, en promedio, del 0 al 10:

(Use the following scale to indicate the severity of your pain on average on a scale of 0-10:)

Sin dolor (None)	Molesto (Annoying)	Incómodo (Uncomfortable)	Atroz (Dreadful)	Horrible (Horrible)	Agonizante (Agonizing)
----------------------------	------------------------------	------------------------------------	----------------------------	-------------------------------	----------------------------------

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

Sin Dolor (No pain)	Dolor leve (Mild Pain)	Dolor moderado (Moderate Pain)	Dolor grave (Severe Pain)	Dolor muy grave (Very Severe Pain)	El peor dolor posible (Worst Possible Pain)
-------------------------------	----------------------------------	--	-------------------------------------	--	---

Tracción (Traction)			
Medicamentos (Medications)			
Acupuntura (Acupuncture)			
Quiropráctica (Chiropractor)			
Inyección epidural (Epidural Injection)			
Otras inyecciones (Other injection)			
Ultrasonido (Ultrasound)			
Otros (Other)			

En cuanto al problema de dolor actual, ¿realizó alguno de los siguientes procedimientos?

(For the current pain problem, have you undergone any of the following?)

- sí no **Resonancia magnética** **Si la respuesta es afirmativa, ¿cuándo?** _____
(MRI) (if yes, when?)
- sí no **Electromiografía** **Si la respuesta es afirmativa, ¿cuándo?** _____
(“prueba de los nervios”) (if yes, when?)
(EMG (“Nerve test”))
- sí no **Tomografía computada** **Si la respuesta es afirmativa, ¿cuándo?** _____
(“tomografía axial computarizada”) (if yes, when?)
(CT Scan (“Cat Scan”))
- sí no **Discografía** **Si la respuesta es afirmativa, ¿cuándo?** _____
(Discogram) (if yes, when?)

Liste todos los medicamentos que toma actualmente por el motivo que sea (incluso los medicamentos de venta libre).

(Please list all the medications you **currently** take for **any reason** (including non-prescription drugs).)

Nombre del fármaco (Drug Name)	Dosis (Dose)	Frecuencia (How Often)	Sólo con respecto los medicamentos para el dolor: ¿lo ayudan? (For Pain meds only, Does it help?)
			<input type="checkbox"/> sí (yes) <input type="checkbox"/> no (no) <input type="checkbox"/> no sabe (don't know)
			<input type="checkbox"/> sí (yes) <input type="checkbox"/> no (no) <input type="checkbox"/> no sabe (don't know)
			<input type="checkbox"/> sí (yes) <input type="checkbox"/> no (no) <input type="checkbox"/> no sabe (don't know)
			<input type="checkbox"/> sí (yes) <input type="checkbox"/> no (no) <input type="checkbox"/> no sabe (don't know)
			<input type="checkbox"/> sí (yes) <input type="checkbox"/> no (no) <input type="checkbox"/> no sabe (don't know)
			<input type="checkbox"/> sí (yes) <input type="checkbox"/> no (no) <input type="checkbox"/> no sabe (don't know)
			<input type="checkbox"/> sí (yes) <input type="checkbox"/> no (no) <input type="checkbox"/> no sabe (don't know)
			<input type="checkbox"/> sí (yes) <input type="checkbox"/> no (no) <input type="checkbox"/> no sabe (don't know)
			<input type="checkbox"/> sí (yes) <input type="checkbox"/> no (no) <input type="checkbox"/> no sabe (don't know)
			<input type="checkbox"/> sí (yes) <input type="checkbox"/> no (no) <input type="checkbox"/> no sabe (don't know)
			<input type="checkbox"/> sí (yes) <input type="checkbox"/> no (no) <input type="checkbox"/> no sabe (don't know)
			<input type="checkbox"/> sí (yes) <input type="checkbox"/> no (no) <input type="checkbox"/> no sabe (don't know)
			<input type="checkbox"/> sí (yes) <input type="checkbox"/> no (no) <input type="checkbox"/> no sabe (don't know)

Mencione todas las alergias que padece:

(Please list all known allergies)

Historia clínica: ¿Ha padecido de alguna de las siguientes afecciones?

(Medical Health History: Have you ever suffered from any of the following?)

Marque la respuesta correcta:

(Please check appropriate answer:)

sí **no** **¿Tumores o cáncer? Si la respuesta es afirmativa, ¿qué tipo?** _____
(Tumors or Cancer? If yes, what type?)

sí **no** **¿Alguna infección en el último año? Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál?** _____
(Any infection in the last year? If yes, what?)

sí **no** **¿Epilepsia o convulsiones?**
(Epilepsy/Seizures?)

sí **no** **¿Lo han tratado por dolores de cabeza?**
(Treated for headaches?)

sí **no** **¿Heridas en la cabeza con pérdida de conciencia?**
(Head injury with loss of consciousness?)

- sí** **no** **¿Problemas en la tiroides?**
(Thyroid problem?)
- sí** **no** **¿Lo han tratado por desórdenes psiquiátricos?**
(Treated for a psychiatric disorder?)
- sí** **no** **¿Problemas circulatorios?**
(Circulatory problems?)
- sí** **no** **¿Tiene antecedentes de ACV?**
(Do you have a history of stroke?)
- sí** **no** **¿Problemas cardíacos? Si la respuesta es afirmativa, describa:**
(Heart problem? If yes, describe):
- sí** **no** **¿Tiene hipertensión en la actualidad?**
(Currently do you have high blood pressure?)
- sí** **no** **¿Tiene colesterol alto? Si la respuesta es afirmativa, ¿cuánto?**
(Do you have high cholesterol? If yes, what is it?)
- sí** **no** **¿Es diabético? Si la respuesta es afirmativa, ¿es insulino dependiente?** **sí** **no**
(Are you diabetic? If yes, are you insulin dependent?)
- sí** **no** **¿Tiene antecedentes de desórdenes respiratorios? (Asma, enfisema)**
(History of respiratory disorders? (Asthma, Emphysema))
- sí** **no** **¿Desórdenes intestinales?**
(Intestinal disorder?)
- sí** **no** **¿Reflujo gastroesofágico? (GERD, por sus siglas en inglés)**
(Gastrointestinal reflux? (GERD))
- sí** **no** **¿Tiene SIDA o enfermedades relacionadas (HIV positivo)?**
(AIDS or related diseases (HIV positive)?)
- sí** **no** **¿Hepatitis?**
(Hepatitis?)
- sí** **no** **¿Cualquier enfermedad de los nervios o músculos? Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál?**
(Any disease of the nerves or muscles? If so, what?)

- sí** **no** **¿Artritis? ¿Qué tipo?** _____
(Arthritis? What type?)
- sí** **no** **¿Gota?**
(Gout?)
- sí** **no** **¿Alguna lesión en huesos o articulaciones?**
(Any injuries to other bones or joints?)
- sí** **no** **¿Algún otro problema de salud que no se haya mencionado? Si la respuesta es afirmativa, descríbalos:** _____
(Do you have any other health problems not mentioned above? If yes, please explain.)

Mencione todas las cirugías a las que se sometió e indique las fechas, si las sabe:

(Please list all prior surgeries and dates if known:)

Revisión de sistemas:

(Review of Systems:)

Marque todo lo que corresponda: Ninguno corresponde

(Check all that apply: None apply)

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Fiebre o escalofríos
(Fever or chills) | <input type="checkbox"/> Incontinencia intestinal
(Bowel incontinence) | <input type="checkbox"/> Incontinencia urinaria
(urinary incontinence) | <input type="checkbox"/> Micción frecuente
(Frequent urination) |
| <input type="checkbox"/> Constipación frecuente
(Frequent Constipation) | <input type="checkbox"/> Sangrado al defecar
(Bleeding with bowel movements) | <input type="checkbox"/> Ardor durante la micción
(Burning on urination) | |
| <input type="checkbox"/> Tobillos hinchados
(Swollen ankles) | <input type="checkbox"/> Episodios de calor o frío
(Hot or cold spells) | <input type="checkbox"/> Sarpullido frecuente
(Frequent rash) | <input type="checkbox"/> Dificultad para comenzar la micción
(Difficulty starting urination) |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de la audición
(Loss of hearing) | <input type="checkbox"/> Calambres en pantorrillas al caminar
(Calf cramps w/walking) | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza
(Frequent headaches) | <input type="checkbox"/> Sangrado en la orina
(Bleeding with urination) |
| <input type="checkbox"/> Dolor de oídos
(Ear pain) | <input type="checkbox"/> Poco apetito
(Poor appetite) | <input type="checkbox"/> Desmayos
(Blackouts) | <input type="checkbox"/> Diarrea frecuente
(Frequent diarrhea) |
| <input type="checkbox"/> Ronquera
(Hoarseness) | <input type="checkbox"/> Dolor de muelas
(Tooth ache) | <input type="checkbox"/> Convulsiones
(Seizures) | <input type="checkbox"/> Cambio reciente de peso
(Recent wt. change) |
| <input type="checkbox"/> Dolor de estómago
(Stomach pain) | <input type="checkbox"/> Problemas en las encías
(Gum trouble) | <input type="checkbox"/> Dolores cardiacos o en el pecho
(Heart or chest pain) | <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar
(Shortness of breath) |
| <input type="checkbox"/> Úlceras
(Ulcers) | <input type="checkbox"/> Dificultad para tragar
(Difficulty swallowing) | <input type="checkbox"/> Náuseas o vómitos
(Nausea or vomiting) | |

Otros: _____

(Others)

¿Qué tan bien duerme? _____

(How well are you sleeping?)

Antecedentes familiares:

(Family History)

¿Algún miembro de su familia ha padecido algo de lo siguiente? Marque con un tic (✓) todo lo que corresponda

(Has any family member had any of the following? Please check (✓) each that apply)

sí no **¿Parientes directos que hayan sufrido infartos de corazón antes de los 55 años?**
(Any blood relatives who have had a heart attack before age 55?)

sí no **¿Dolor de columna incapacitante?**
(Disabling back pain?)

sí no **¿Artritis?**
(Arthritis?)

sí no **¿Enfermedades en los músculos o nervios? Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál?** _____

(Muscle or nerve disease? If so, what?)

sí no **¿Cáncer? Si la respuesta es afirmativa, ¿qué tipo?** _____
(Cancers? If so, what type?)

sí no **¿Alguna otra enfermedad que pudiera afectar su tratamiento?**
Enúncielas: _____
(Any other disease which might affect your treatment? Please list.)

Antecedentes sociales:

(Social History)

¿Cuánto alcohol bebe por lo general?

(How much alcohol do you usually drink?)

Nada **1 a 2 vasos por semana** **3 a 5 vasos por día**
(None) (1 to 2 drinks per week) (3 to 5 drinks per day)

1 a 2 vasos por día **más de 5 vasos por día**
(1 to 2 drinks per day) (more than 5 drinks per day)

sí no **¿Se ha tratado por abuso de drogas o alcohol?**
(Have you been treated for drug or alcohol abuse?)

sí no **¿Ingiere drogas ilegales?**
(Do you use street drugs?)

sí no **¿Ha sido fumador en los últimos 5 años?**
(Have you been a cigarette smoker in the past 5 years?)

sí no **En la actualidad, ¿fuma? Si la respuesta es afirmativa, ¿cuántos cigarrillos por día? ___**
(Currently, do you smoke? If yes, how much per day?)

Su peso aproximado : _____
(Your Approximate Weight)

Su altura aproximada: _____
(Your Approximate Height)