

# Spine and Orthopedic Center

Michael Price, MD

## Patient Medical History

*(Historia clínica del paciente)*

**Patient Name:**

*(Nombre del paciente:)*

**DOB:**

*(Fecha de nacimiento:)*

**Age:**

*(Edad:)*

**Sex (M/F):**

*(Sexo (M/F):)*

**Primary Care Physician:**

*(Médico de cabecera:)*

**Referred By:**

*(Derivado por:)*

**Job Title:**

*(Cargo:)*

**1. Reason for today's visit:**

*(Razón de la consulta de hoy:)*

**2. Date Condition Began:**

*(Fecha de inicio de la enfermedad:)*

**3. Indicate nature and location of problem:**

*(Indique la naturaleza y la ubicación del problema:)*

**4. Describe your symptoms:**

*(Describa los síntomas:)*

**5. Any history of trauma? If so, please explain.**

*(¿Posee algún antecedente de traumatismo? Si la respuesta es afirmativa, explique.)*

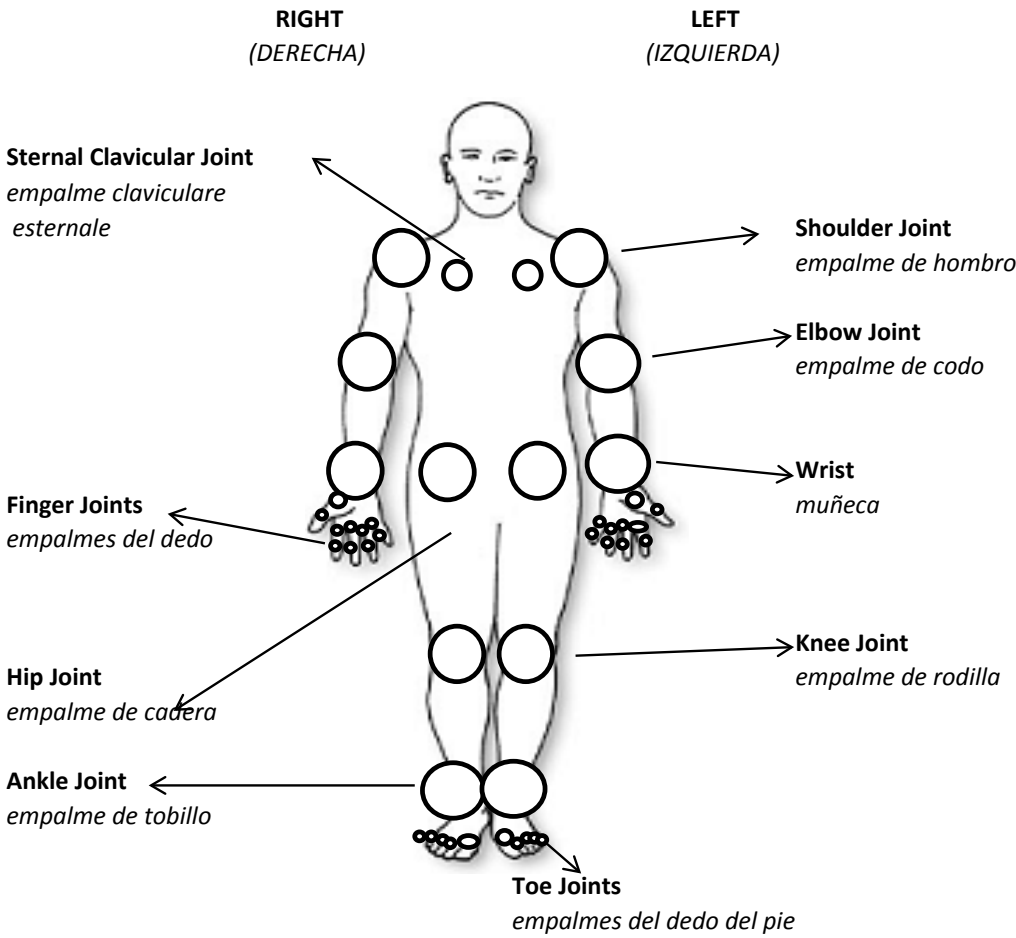
**6. What makes your symptoms better?**

*(¿Qué alivia sus síntomas?)*

**7. What makes your symptoms worse?**

*(¿Qué empeora sus síntomas?)*

**8. Mark the diagram to indicate location of pain:**  
*(Marque el diagrama para indicar la ubicación del dolor:)*



| Indicate your pain severity:<br>Pain Scale (circle one)<br><i>(Indique la gravedad del dolor:)<br/>(Escala de dolor)<br/>(marque una opción)</i> |  |
|--|--|
| 1  |  |
| 2  |  |
| 3  |  |
| 4  |  |
| 5  |  |
| 6  |  |
| 7  |  |
| 8  |  |
| 9  |  |
| 10   |  |

**9. Please list all medical problems:**  
*(Enumere todos los problemas médicos:)*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**10. Please list all surgeries that you have had:**  
*(Enumere todas las cirugías a las que se ha sometido:)*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**11. Please list all current medications:**  
*(Enumere todos los medicamentos que toma actualmente:)*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**12. List any drug ALLERGIES:**

(Enumere las ALERGIAS que tenga a los medicamentos:)

---



---

**13. Please list your family history of any related medical problems:**

(Enumere los antecedentes familiares de cualquier problema médico relacionado:)

---



---



---

**14. Review of Systems: In each row, please circle if you've experienced any of the following symptoms:**

(Revisión de los Sistemas: En cada hilera, marque con un círculo aquellos síntomas que haya experimentado:)

| <b>CATEGORY</b><br>(CATEGORÍA)       | <b>SYMPTOM</b><br>(SÍNTOMA)  |                                  |  |  |  |
|--------------------------------------|--|----------------------------------|--|--|--|
| <b>General</b><br>(General)          | <b>Weight Change</b><br>(Cambio de peso)   | <b>Dizziness</b><br>(Mareo)      | <b>Fatigue</b><br>(Fatiga)                               | <b>Sleeping Difficulty</b><br>(Dificultad para dormir) | <b>Fever</b><br>(Fiebre)                 |
| <b>Skin</b><br>(Piel)                | <b>Rash</b><br>(Sarpullido)  | <b>Lesions</b><br>(Lesiones)     |  |  |  |
| <b>Headache</b><br>(Dolor de cabeza) | <b>Decreased Hearing</b><br>(Disminución de la audición)                                     |                                  | <b>Decreased Visions</b><br>(Disminución de la vista)    |  | <b>Nasal Discharge</b><br>(Moqueo nasal) |
| <b>Neck</b><br>(Cuello)              | <b>Pain</b><br>(Dolor)   | <b>Spasm</b><br>(Espasmo)        | <b>Difficulty Swallowing</b><br>(Dificultad para tragar) |  |  |
| <b>Blood</b><br>(Sangre)             | <b>Bleeding (if yes, specify)</b><br>(Sangrado (si la respuesta es afirmativa, especifique)) |                                  |  |  |  |
| <b>Lungs</b><br>(Pulmones)           | <b>Shortness of Breath</b><br>(Falta de aire)  |                                  | <b>Cough</b><br>(Tos)                                    | <b>Vomiting</b><br>(Vómitos)                           |  |
| <b>Heart</b><br>(Corazón)            | <b>Chest Pain</b><br>(Dolor en el pecho)   |                                  | <b>Palpitations</b><br>(Palpitaciones)                   |  |  |
| <b>Abdomen</b><br>(Abdomen)          | <b>Abdominal Pain</b><br>(Dolor abdominal)   |                                  | <b>Nausea</b><br>(Náuseas)                               |  |  |
| <b>Kidney</b><br>(Riñón)             | <b>Pain on Urination</b><br>(Micción dolorosa)   |                                  | <b>Blood in Urine</b><br>(Sangre en orina)               |  |  |
| <b>Endo</b><br>(Endo)                | <b>Heat Intolerance</b><br>(Intolerancia al calor)   |                                  | <b>Cold Intolerance</b><br>(Intolerancia al frío)        |  |  |
| <b>Neuro</b><br>(Neuro)              | <b>Numbness</b><br>(Entumecimiento)  |                                  | <b>Tingling</b><br>(Hormigueo)                           | <b>Weakness</b><br>(Debilidad)                         |  |
| <b>Back</b><br>(Espalda)             | <b>Pain</b><br>(Dolor)   | <b>Spasm</b><br>(Espasmo)        |  |  |  |
| <b>Other</b><br>(Otro)               | <b>Anxiety</b><br>(Ansiedad)   | <b>Depression</b><br>(Depresión) |  |  |  |