

The Spine and Orthopedic Center
RETURN VISIT PATIENT HISTORY
Parish Vaidya, MD

HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE EN VISITAS POSTERIORES

Translator: _____

Paciente _____ **Fecha de nacimiento** _____ **Fecha de hoy** _____
(Patient) (DOB) (Today's Date)

Motivo de la consulta de seguimiento: (Trace un círculo en todo lo que corresponda).

(Reason for follow-up visit: (Circle all that apply.))

Tratamiento farmacológico del dolor **Debido a síntomas recurrentes** **Por un nuevo problema** **Después de una inyección**
(Pharmacologic pain management) (Due to recurring symptoms) (For a new problem) (After an injection)

Después de análisis de diagnóstico **Después de comenzar la fisioterapia** **Para hablar sobre las opciones de tratamiento**
(After diagnostic testing) (After starting physical therapy) (To discuss treatment options)

En general, ¿cómo están sus síntomas? (Trace un círculo en una opción) **Mejor** **Peor** **Igual**
(Generally speaking, how are your symptoms? (Circle one)) (Better) (Worse) (Same)

Describa cualquier cambio en los síntomas desde su última visita: _____
(Describe any symptom changes since your last visit)

¿Ha cambiado su medicación después de su última visita? (Marque con un círculo lo que corresponda): **Sí** **No**
(Have any medications changed since your last visit? (Circle one))

Si la respuesta es afirmativa, especifique los cambios: _____
(If yes, please describe changes)

Describa el efecto de las medicaciones que toma actualmente para el dolor: (Marque todo lo que corresponda)
(Describe the effect of your current pain medications: (Check all that apply))

Aumenta mi actividad **Me causa somnolencia** **Hace difícil que me desempeñe en mis tareas**
(Increase my activity) (Cause me to be too sleepy) (Make it difficult to function)

Mejora mi sueño **No tiene beneficios** **Disminuye el nivel del dolor**
(Improve my sleep) (Have no benefit) (Decrease my pain level)

Provoca efectos secundarios **Otros:** _____
(Causes side effects) (Other)

Explique: _____
(Explain)

¿Se aplicó alguna inyección o pasó por cirugía desde su última visita? (Marque con un círculo) Sí No
(Did you have an injection or surgery since your last visit? (Circle one))

¿Qué porcentaje de alivio siente a partir del procedimiento? _____ %

(What percentage of relief did you have from the procedure?)

¿Se somete a fisioterapia o un tratamiento quiropráctico? (marque con un círculo) Sí No

(Are you receiving physical therapy or chiropractic treatment? (circle one))

Si la respuesta es afirmativa, ¿dónde? _____ ¿Cuántos días por semana? _____

(If so where)

(How many days per week?)

¿Qué tipo de fisioterapia o tratamiento quiropráctico recibe? _____

(What physical therapy or chiropractic treatments are you receiving?)

¿Ha asistido a alguna sesión de acupuntura desde su última visita? (marque con un círculo) Sí No

(Have you had any acupuncture since your last visit? (circle one))

¿Se ha realizado algún examen médico desde su última visita, como por ejemplo, rayos X, resonancia magnética, análisis de sangre, etc.? (marque con un círculo) Sí No

(Have you had any medical tests since your last visit such as x-rays, MRI, blood tests, etc? (circle one))

¿Cuáles y dónde? _____

(What and Where?)

¿Ha visitado a otro médico desde su última visita? (marque con un círculo) Sí No

(Have you seen any other doctors since your last visit? (circle one))

¿Qué ha cambiado o se ha tratado? _____

(What has been changed or treated?)

¿Se lo ha tratado en un hospital desde su última visita? (marque con un círculo) Sí No

(Have you been treated at a hospital since your last visit? (circle one))

Explique: _____

(Please explain)

Marque todo lo que corresponda desde su última visita: Ninguna opción aplica:

(Check all that apply since your last visit: None apply)

Dolor de estómago

(Stomach pain)

Náuseas o vómitos

(Nausea or vomiting)

Constipación frecuente

(Frequent Constipation)

Incontinencia urinaria

(Urinary incontinence)

Diarrea frecuente

(Frequent diarrhea)

Dolores de cabeza frecuentes

(Frequent headaches)

Incontinencia intestinal

(Bowel incontinence)

Convulsiones

(Seizures)

Sangrado al defecar

(Bleeding w/bowel movements)

Fiebre o escalofríos

(Fever or chills)

Tobillos o piernas hinchados

(Swollen ankles or legs)

Pérdida de peso involuntaria

(Unintentional weight loss)

Pensamientos destructivos o autodestructivos

(Thoughts of hurting myself or others)

Otros: _____

(Other)

Trace un círculo en el número que mejor describa su DOLOR ACTUAL; "10" es lo más grave.

(Circle the number that best describes your CURRENT PAIN with "10" being the most severe.)

Espalda o piernas: 0 1 2 3 4 5 6 7 9 10
(Back/Leg)

Cuello o brazos: 0 1 2 3 4 5 6 7 9 10
(Neck/Arm)

Trace un círculo en el número que mejor describa su DOLOR DIARIO PROMEDIO; "10" es lo más grave.

(Circle the number that best describes your AVERAGE DAILY PAIN with "10" being the most severe.)

Espalda o piernas 0 1 2 3 4 5 6 7 9 10
(Back/Leg)

Cuello o brazos 0 1 2 3 4 5 6 7 9 10
(Neck/Arm)

Marque estos dibujos utilizando los símbolos que mejor describan su dolor:

(Mark these drawings using the symbols that best describe your pain)

Adormecimiento = = = = =
(Numbness)

Dolor intenso ^ ^ ^ ^ ^ ^
(Aching)

Hormigueo y entumecimiento o o o o o
(Pins and needles)

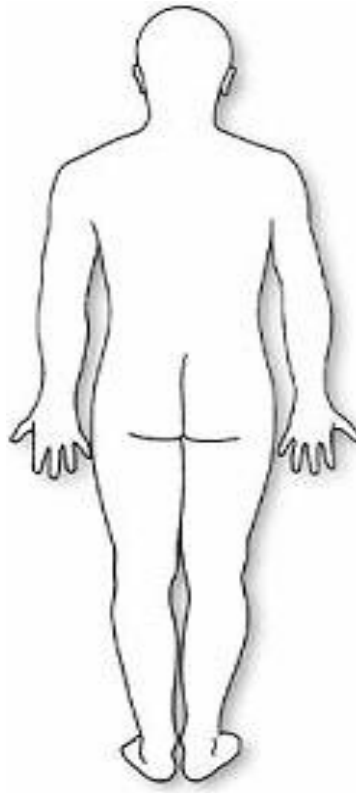
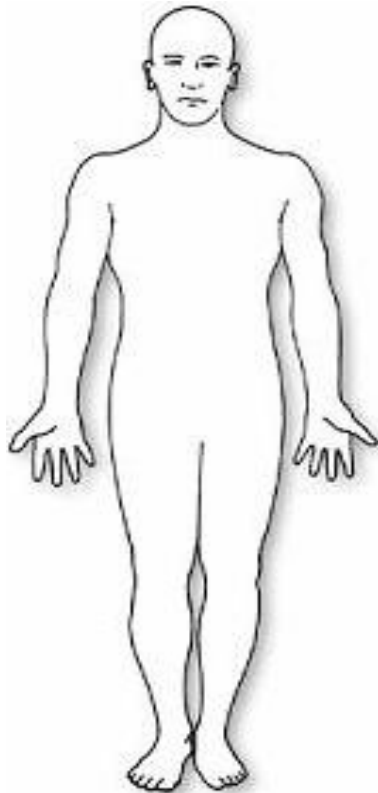
Punzante //////////////
(Stabbing)

Con ardor x x x x x x
(Burning)

Calambres ●●●●●●●●
(Cramping)

FRENTE
(FRONT)

ESPALDA
(BACK)



Comentarios adicionales:

(Any additional comments)
