

MEDICAL HISTORY FORM

Bubble the circle which best describes how your problem started. Please answer the questions related to the box you checked.
 Marque la casilla que mejor describa como comenzo su problema. Porfavor conteste las preguntas relacionada con el cuadro quemarco

Patient Name: _____ **Date of Birth:** _____
 Nombre Fecha de nacimiento

Age: _____ **Sex:** Male Female **Height:** _____ **Weight:** _____
 Edad Sexo Masculio Feminino Estatura Peso

Referring Physicians Name: _____
 Medico que lo refirio

Pharmacy: _____ **Location:** _____ **Phone #:** _____
 La farmacia Ubicacion Telefono de farmacia

Dominant Hand Right Left
 Mano Dominante Derecha Izquierda

Reason for Visit (chief complaint) _____
 Razon por vista

Previous Injury to affected body part Yes No
 A tenido lecion previa para el mismo parte del cuerpo: Si No

If Yes, explain (Si si, expique): _____

<input type="radio"/> NO INJURY Was the onset <input type="radio"/> Gradual <input type="radio"/> Sudden NO LESIONES Fue el comienzo <input type="radio"/> Gradual <input type="radio"/> Rapentino Onset Date: (Fecha) _____ <input type="radio"/> INJURY <input type="radio"/> Accident <input type="radio"/> Sport LESIONES <input type="radio"/> Accidente <input type="radio"/> Deportes Date: Fecha) _____ <input type="radio"/> INJURY AT WORK Date: _____ ACCIDENTE DE TRABAJO Fecha <input type="radio"/> AUTO ACCIDENT Date: _____ ACCIDENTE DE AUTO Fecha	Description of Injury / Accident DESCRIPCION DE LA LESION / ACCIDENTE _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
--	--

Have you had a problem like this before? Y N
 Ha tiendo un problema como esta antes? Si No

Were you seen in the E.R. for this problem? Y N Which E.R.? _____
 Ha estado en sala de Emergencia por esta problema? Si No Que Hospital?

What test scans have you had for this problem? Que estudios le han hecho?
 X-rays MRI CAT Scan Bone Scan Nerve Test (EMG / NCV)

On a scale of 0-10 (10 is the worst) how severe is your pain?
 En una escala de 0-10 (10 es el peor) cual es la gravedad de su dolor?
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

What is the quality of pain? Sharp Dull Stabbing Throbbing Aching Burning
 Como es su dolor? Agudo Tolerable Pinchazo Puzante Inflamado Ardiente

The pain is Constant Intermittent (comes & goes) **Does the pain wake you from your sleep?** Y N
 El dolor es Constante Inetermitente (viene y va) El dolor lo desperita de noche? Si No

I experience: Swelling Bruising Numbness Tingling Weakness
 Yo siento: Hinchazon Moretones Entumecimiento Hormigueo Debilidad
 Loss of control of bowel or bladder Locking / Catching Giving way Pain Stiffness
 Perdida del control del intestino o de la vejiga Bloqueo Inestabilidad Dolor Rigidez

Since my problem started, it is: Getting Better Getting worse Unchanged
 Desde que comenzo mi problema, me siento: Cada vez mejor Cada vez peor Sin Cambios

What makes your symptoms worse: Standing Walking Lifting Twisting Bending Stairs
 Que hace sus sintomas emperoren: Estar de pie Caminar Levantar Torcer Doblar Subir O bajar
 Exercise Squatting Kneeling Sitting Coughing Sneezing
 Ejercicios Cuclicillas Arrodillarse Sengtarse Torser Estornudar

What makes your symptoms better?: Rest Elevation Ice Heat
 Que hace que sus sintomas mejoren? Descansar Elvar Hielo Calor

Patient Name: _____

SURGICAL HISTORY
HISTORAL DE CIRUGIA

Please check any previous surgical procedures, list the date and describe the surgery:

Marque si a tenido cirugia previamente:

- Appendectomy Hernia Arthrosy, lower extrmity Arthroscopy, upper extremity
- Appendictomia Hernia Artrosopia de Cadera, rodilla, tobillo Artrosopia de hombro, codo, muneca
- Spine/ Back Heart Total joint replacement Fracture repair
- Espalda/columna Corazon Reemplazo de articulacion Reparacion de fractura
- None Bone Fracture Other: _____
- No Fractura de hueso Otro

SOCIAL HISTORY
HISTORIAL SOCIAL

Tobacco Use Yes No **Type:** _____ **Duration:** _____ **Quit Date:** _____
Usado de tabaddo Si No Tipo: _____ Frecuencia: _____

Alcohol use: Yes No **Frequency:** _____
Usado de alcol: Si No Frecuencia: _____

Drug Use: Yes No **Frequency:** _____
Usado de droga: Si No Frecuencia: _____

Marital History: Married Single Divorced Widowed
Estado civil Casado Soltero Divorciado Viudo

Are you currently working? Y N Retired Disabled If no, when did you last work? _____
Esta travajando actualmente? Si No Jubilado Discapacitado Si no, cuando ultimo trabajo?

Are you currently on any work restrictions? Y N If yes, what are they? _____
Esta usted actualmente bajos restricciones de trabajo? Si No En caso afirmativo, cuales son?

Occupation: Employer: _____ Student
Empleador Alumno

MEDICAL HISTORY

- Anemia Depression Hepatitis A or B Osteoporosis Arthritis Diabetes High Blood Pressure
- Depresion Hepatitis A o B Artritis Presion Alta
- Rheumatoid Arthritis Asthma Emphysema HIV/AIDS Stroke/ Seizure Blood Clots
- Artritis Reumatoides Asma Enfisema SIDA Derrame/ataques Cuavulo de sangre
- Heart Disease Irregular Heartbeat Thyroid Cancer Liver Disease
- Problemas cardiacos Latidos irregulares Tiroide Problemasde higado
- Chemical Dependancy/alcoholism Stomach problems-explain: _____
- Dependencia quimica/alcolismo Problemas estomacales-explique: _____
- Other: _____

Are you allergic to any medications? Y N
Es alergico a esta medicinas? Si No

MEDICATIONS (MEDICAMENTOS) NONE (NO)

Please list: **Dosage (required)**

Lista de medicinas: **Dosis (require)**

	mg	mg
	mg	mg
	mg	mg
	mg	mg
	mg	mg

FAMILY HISTORY

Please check family history conditions

Marque condiciones en su familia:

- None
- No
- Blood Clots Diabetes Hypertension Rheumatoid Arthritis Cancer
- Cuavluos de sangre Presion Alta Artritis Reumatoides
- Heart Disease Osteoporosis Stroke/ Seizures
- Problemas de Corazon Derrame/ataques

Patient Name: _____

REVIEW OF SYSTEMS

Have you ever had any of these symptoms? If no, mark NONE.

Marque condiciones correinto o previa. Si no tiene condicion profavor marque no.

					NONE NO	OTHER OTRO
1) CON	<input type="radio"/> Weight Loss Perdida de Peso	<input type="radio"/> Weight Gain Aumento de Peso	<input type="radio"/> Insomnia	<input type="radio"/> Chronic Fatigue Fatiga chronica	<input type="radio"/>	_____
2) EYE	<input type="radio"/> Vision Changes Cambio de vision	<input type="radio"/> Glasses/ Contacts Anteojos/ contacts	<input type="radio"/> Cataracts Catarata	<input type="radio"/> Glaucoma	<input type="radio"/>	_____
3) ENT	<input type="radio"/> Hearing Loss Perdid de oir	<input type="radio"/> Seasonal Allergies Alergias del tiempo	<input type="radio"/> Sinus Pain Sinusitis	<input type="radio"/> Ringing Timbrar	<input type="radio"/>	_____
4) CV	<input type="radio"/> Chest Pain Dolor de pecho	<input type="radio"/> Edema	<input type="radio"/> Hypertnesion Hipertension	<input type="radio"/> Palpitations Palipataciones	<input type="radio"/>	_____
5) RS	<input type="radio"/> Asthma Asma	<input type="radio"/> Wheezing Respolido	<input type="radio"/> Frequent Cough Tos Frecuente		<input type="radio"/>	_____
6) GI	<input type="radio"/> Heartburn Acidez	<input type="radio"/> Indigestion	<input type="radio"/> Acid Reflux Reflujo Acido	<input type="radio"/> Ulcer Problems Ulceras	<input type="radio"/>	_____
7) MUSC	<input type="radio"/> Arthritis Artiritis	<input type="radio"/> Muscle Weakness Debilidad muscular	<input type="radio"/> Joint Pain Dolor de articulacion	<input type="radio"/> Back Pain Dolor de espalda	<input type="radio"/>	_____
8) SK	<input type="radio"/> Rash Salullido	<input type="radio"/> Skin Ulcers Ulceras	<input type="radio"/> Scars Cicatriz		<input type="radio"/>	_____
9) NEU	<input type="radio"/> Headaches Dolor de cabeza	<input type="radio"/> Dizziness Mareo	<input type="radio"/> Seizures Ataques	<input type="radio"/> Numbness Entumecimiento	<input type="radio"/>	_____
10) PSY	<input type="radio"/> Depression Depresion	<input type="radio"/> Crying Llorar	<input type="radio"/> Anxiety Ansiedad	<input type="radio"/> Mood Swings Cambio de humor	<input type="radio"/>	_____
11) ENDO	<input type="radio"/> Diabetes	<input type="radio"/> Hypothyroid Tiroide Baja	<input type="radio"/> Hyperthyroid Hiroide Alta		<input type="radio"/>	_____
12) PSY	<input type="radio"/> Easy Bleeding Moretones	<input type="radio"/> Easy Bruising Sanframiento	<input type="radio"/> Anemia		<input type="radio"/>	_____

Signature

Date