

PATIENT HISTORY-FOLLOW-UP VISIT

Patient Name/Nombre De Paciente: _____

DATE: _____

Where is the pain on your body?/En que parte del cuerpo tienes el dolor principal?

-]Arm/Brazo]Right/Der]Left/Izq]Neck/Cuello]Right/Der]Left/Izq
-]Hand/Mano]Right/Der]Left/Izq]Head/Cabeza]Right/Der]Left/Izq
-]Foot/Pies]Right/Der]Left/Izq]Chest/Pecho]Right/Der]Left/Izq
-]Leg/Pierna]Right/Der]Left/Izq]Back/Espalda]Right/Der]Left/Izq
-]Knee/Rodilla]Right/Der]Left/Izq]Elbows/Codo]Right/Der]Left/Izq
-]Ankles/Tobillo]Right/Der]Left/Izq]Groin/Ingle]Right/Der]Left/Izq
-]Abdominal/Estomago]Right/Der]Left/Izq]Hip/Cadera]Right/Der]Left/Izq
-]Shoulder/Hombro]Right/Der]Left/Izq]Shin/Canilla]Right/Der]Left/Izq
-]Calf/Pantorrilla]Right/Der]Left/Izq

Since your last visit, your pain is?/Desde su ultima vista su dolor sigue?

-]Better/Mejor]Worse Peor]About the Same/Casi Igual

Describe the quality of your pain./Describe la calidad de su dolor.

-]Knife
- Like/Cuchilladas]Burning/Ardor]Electric Shocks/Calambre
-]Throbbing/Pulsadas]Dull Ache/Dolor Opaco]Constant Pain/Dolor Constante
-]Pain Comes & Goes/Dolor Se Va Y Viene
-]Always Present But Gets Worse At Times/Siempre Presente, pero se empeora por tiempo

Describe the Intensity of the pain/Describe la intensidad del dolor:

-]Mild/Suave]Discomforting/Incomodo]Distressing/Angustioso
-]Horrible/Horible]Excruciating/Espantoso

Pick a number for the usual pain/Escoja el numero par su dolor usual:

- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

How have you been sleeping at night?/Como estado durmiendo de noche?

-]Poor/Mal]Fair/No Muy Bien]Normal/Normal

Have you had any problems with any of the medications you are taking?/Ha tenido algun problema con algunos de los medicamentos que esta tomando?]Si]No If yes explain/Si Explique.

Since your last visit have you had any injections?/Desde su ultima visita ha tenido alguna inyecciones?

-]Yes/Si]No/No

Since your last visit have you had any tests?/Desde su ultima visita ha tenido algun examen?

-]Yes/Si]No/No

Since your last visit have you done?/Desde su ultima visita a hecho?

-]Physical Therapy/Terapia Fisica]Home Exercises/Ejercicios en casa

Patient Signature/Firmal del paciente: _____