



TODAY'S DATE: \_\_\_\_\_

**PATIENT REGISTRATION – PLEASE PRINT**

PATIENT: \_\_\_\_\_ BIRTHDATE: \_\_\_\_\_ AGE: \_\_\_\_\_  
HOMEPHONE: ( ) \_\_\_\_\_ CELL: ( ) \_\_\_\_\_ SOCIAL SECURITY #: \_\_\_\_\_ SEX: M F  
STREET / MAILING ADDRESS: \_\_\_\_\_  
CITY: \_\_\_\_\_ STATE: \_\_\_\_\_ ZIP CODE: \_\_\_\_\_  
EMPLOYER: \_\_\_\_\_ OCCUPATION: \_\_\_\_\_  
EMPLOYER ADDRESS: \_\_\_\_\_  
WORK PHONE: ( ) \_\_\_\_\_ MESSAGE PHONE: ( ) \_\_\_\_\_  
EMAIL: \_\_\_\_\_  
MARITAL STATUS: (select one) SINGLE MARRIED SEPARATED DIVORCED WIDOWED  
PRIMARY CARE PHYSICIAN: \_\_\_\_\_

NAME OF PERSON RESPONSIBLE, IF OTHER THAN PATIENT: \_\_\_\_\_  
RELATIONSHIP TO PATIENT: \_\_\_\_\_ PHONE: \_\_\_\_\_  
EMERGENCY CONTACT: \_\_\_\_\_ PHONE: \_\_\_\_\_  
TYPE OF INJURY: WORK RELATED AUTO ACCIDENT OTHER: \_\_\_\_\_ DATE OF INJURY: \_\_\_\_\_  
ATTORNEY NAME: \_\_\_\_\_ ATTORNEY'S PHONE #: \_\_\_\_\_  
DATE LAST WORKED: \_\_\_\_\_ DATE BACK TO WORK: \_\_\_\_\_  
X-RAYS TAKEN WHERE? \_\_\_\_\_ RECENT X-RAYS TAKEN WHEN? \_\_\_\_\_

**INSURANCE OR WORK COMP INFORMATION:**

*Please present your insurance card(s) to the receptionist.*

Please select one:

PRIMARY INSURANCE COMPANY: _____	SECONDARY INSURANCE COMPANY: _____
Mailing Address: _____	Mailing Address: _____
City: _____	City: _____
State: _____ Zip Code: _____	State: _____ Zip Code: _____
Telephone #: _____	Telephone #: _____
ID Number: _____	ID Number: _____
Group Number: _____	Group Number: _____

**Payment Policy:** Payment is due at the time services are rendered unless other arrangements have been made. Insurance is considered a method of reimbursing the patient for fees paid to the doctor, and is not a substitute for payment. It is your responsibility to pay any deductible, co-insurance, or any balance not paid by your insurance. Payment is the sole responsibility of the patient, patient's spouse, or parent of a minor.

**Non-Authorized Visits:** If your insurance carrier requires prior authorization or referral from your Primary Care Physician and the service you have scheduled has not been referred/authorized, you will be financially responsible for payment. **Co-Payments:** I understand that co-payments are due at the time of services. **Patient Authorization:** I hereby authorize the release of any medical information necessary to process my insurance claim. I hereby authorize payment of medical benefits to the named provider for services rendered. I also authorize Transamerica Occidental to release information regarding Medicare claims submitted by the named provider. I authorize The Spine and Orthopedic Center to release and obtain copies of information contained in my medical records, including copies of reports, office notes, x-rays, MRIs, CT Scans, and other similar medical records from other facilities.

**PRINT NAME:** \_\_\_\_\_ **DATE:** \_\_\_\_\_

**SIGNED:** \_\_\_\_\_ **DATE:** \_\_\_\_\_

**NOTICE TO CONSUMERS:** Medical doctors are licensed and regulated by the Medical Board of California (800) 633-2322, [www.mbc.ca.gov](http://www.mbc.ca.gov)  
On certain occasions, medications can be dispensed from our office; however, you have the right to request that a prescription be filled at a pharmacy of your choice.  
Dr. Moelleken has ownership interest in Carrillo Surgery Center and Central Valley Surgery Center.

Date (Fecha) :

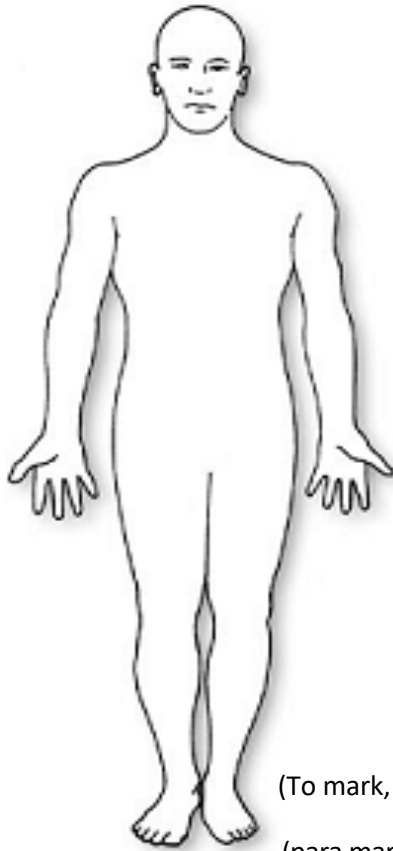
Patient (Nombre) :

DOB (Fecha de Nacimiento) :

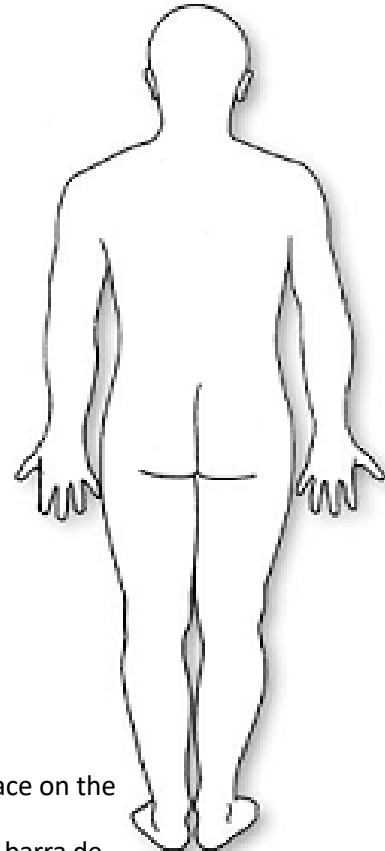
Mark the area on your body where you feel the described sensations. Use the appropriate symbol. Mark areas of radiation. Include all affected areas. Mark how bad it is on the pain scale in the section below:

(Marque el área del cuerpo en la cual siente las sensaciones descritas. Utilice el símbolo apropiado. Marque las áreas de radiación. Incluya todas las áreas afectadas. Indique qué tan grave es según la escala de dolor en la siguiente sección:)


**FRONT**  
(PARTE DELANTERA)



**BACK**  
(PARTE TRASERA)



- ..... Numbness**  
(Entumecimiento)
- oooo Pins & Needles**  
(Sensación de alfileres o agujas hincando)
- xxxxx Burning Pain**  
(Dolor urente)
- ///// Stabbing Pain**  
(Dolor incisivo)
- vvvv Aching Pain**  
(Dolor leve)

(To mark, select the sticky note symbol  and place on the body part.)

(para marcar, seleccione el símbolo de la nota en la barra de herramientas y colocar en la parte del cuerpo)

**Use the following scale to indicate the severity of your pain:**

(Utilice la siguiente escala para indicar la gravedad de su dolor:)

**None • Annoying/Mild • Uncomfortable/Moderate • Dreadful/Severe • Horrible/Very Severe • Agonizing/Worst Possible**

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

**(Ninguno )•(Molesto/Leve)• (Molesto/Moderado ) • (Terrible/Grave ) • (Horrible/Muy grave ) •(Muy doloroso/Peor posible)**

**HISTORY OF PRESENT ILLNESS**  
(HISTORIAL DE ENFERMEDAD ACTUAL)

1. Please indicate how long you have had your present pain: (check one)

(Indique hace cuánto tiempo que tiene el dolor actual: (marque una opción))

<b>less than 1 month</b> (menos de un mes)	
<b>1 to 3 months</b> (de 1 a 3 meses)	
<b>3 to 6 months</b> (de 3 a 6 meses)	

<b>6 months to a year</b> (de 6 meses a un año)	
<b>more than a year</b> (más de un año)	

2. What date did your present pain begin?

(¿En qué fecha comenzó a sentir el dolor actual?)

\_\_\_\_\_

3. Please indicate how your present pain began: (check one)

(Indique cómo comenzó el dolor actual: (marque una opción))

<b>occurred during an athletic activity</b> (se inició durante una actividad deportiva)		<b>occurred while lifting</b> (se inició mientras se levantaba)	
<b>occurred as a result of an auto accident</b> (se inició como resultado de un accidente automovilístico)		<b>occurred while working</b> (se inició mientras trabajaba)	
<b>occurred while sitting</b> (se inició mientras estaba sentado)		<b>unknown</b> (desconocido)	
<b>occurred while bending</b> (se inició mientras se agachaba)			

4. What is the reason for today's visit?

(¿Cuál es la razón de la visita de hoy?)

5. Do you have any history of trauma?

Yes \_\_\_\_\_

No \_\_\_\_\_

(¿Tiene algún antecedente de traumatismo?) (Sí)

(No)

6. Is the injury work-related? (Select one)

(¿La lesión está relacionada con el trabajo? (marque una opción))

<b>Yes</b> (Sí)
--------------------

<b>No</b> (No)
-------------------

<b>Unsure</b> (No estoy seguro)
------------------------------------

7. Is your current injury filed as a workers comp claim?

(¿Su lesión actual se archiva como demanda de los comp de los trabajadores?)

<b>Yes</b> (Sí)
--------------------

<b>No</b> (No)
-------------------

<b>Unsure</b> (No estoy seguro)
------------------------------------

8. Have you ever had a workers comp claim in the past?

(¿Tiene usted tenía nunca una demanda de los comp de los trabajadores en el pasado?)

<b>Yes</b> (Sí)
--------------------

<b>No</b> (No)
-------------------

<b>Unsure</b> (No estoy seguro)
------------------------------------

9. Using the following list of treatment, please indicate the effect of those that have been used in an attempt to heal your present injury:

(Con la siguiente lista de tratamientos, indique el efecto de aquellos elementos que han sido utilizados para intentar sanar la lesión actual:)

	<b>Helpful</b> (Útil)	<b>Not Helpful</b> (No ha sido útil)	<b>Duration of Effect</b> (Duración del efecto)
<b>Back School</b> (Escuela de espalda)			
<b>Hot Packs</b> (Compresa caliente)			
<b>Ice</b> (Hielo)			
<b>TENS Unit</b> (Unidad TENS)			
<b>Traction</b> (Tratamiento por extensión)			
<b>Arching Exercises</b> (Ejercicios de arqueo)			
<b>Sit Up Exercises</b> (Ejercicios abdominales)			
<b>Acupuncture</b> (Acupuntura)			
<b>Chiropractor</b> (Quiropráctico)			
<b>Epidural Block</b> (Bloqueo epidural)			
<b>Facet Block</b> (Bloqueo facetario)			
<b>Ultrasounds</b> (Ultrasonidos)			
<b>Physical Therapy</b> (Terapia Física)			
<b>Other</b> (Otros)			

10. Please indicate with a check mark if you have had any of the following studies:

(Indique con una marca si se ha realizado alguno de los siguientes estudios:)

	<b>Yes</b> (Sí)	<b>No</b> (No)		<b>Yes</b> (Sí)	<b>No</b> (No)
<b>Regular spine x-ray</b> (Radiografía regular de columna)			<b>Myelogram</b> (Mielograma)		
			<b>Discogram</b> (Discograma)		
			<b>MRI</b> (Imagen por resonancia magnética)		
<b>CT scan</b> (Tomografía axial computada)					
<b>EMG</b> (Electromiografía)					

11. Are you (check one):

(Usted es (marque una opción):)

<b>Unemployed</b> (Desempleado)	
<b>Student</b> (Estudiante)	

<b>Employed</b> Empleado	
<b>Retired</b> Jubilado	

If you answered "Unemployed" or "Employed", please answer the following questions:

(Si respondió "Desempleado" o "Empleado", responda las siguientes preguntas:)

A) How long have you been off work this year?: (Select one)

(¿Cuánto tiempo ha estado sin trabajar este año?: (marque una opción))

<b>No time</b> En ningún momento		<b>About 1 to 6 months</b> Aproximadamente de 1 a 6 meses	
<b>About 1 week</b> Aproximadamente 1 semana		<b>About 6 months to a year</b> Aproximadamente de 6 meses a un año	
<b>About 1 month</b> Aproximadamente 1 mes			

B) Are you presently working? (Select one)

(¿Está actualmente trabajando? (marque una opción))

<b>Yes</b> (Sí)	<b>No</b> (No)
--------------------	-------------------

If you answered "No", please complete the following:

(Si respondió "No", complete lo siguiente:)

What was the date last worked?:

(¿Cuál es la fecha de la última vez que trabajó?:)

\_\_\_\_\_

Why are you no longer working?

(¿Por qué no está trabajando?)

\_\_\_\_\_

If because of this problem, since what date have you been out of work?

(Si es debido a este problema, ¿desde qué fecha ha estado sin trabajar?)

\_\_\_\_\_

Is your job still available? (circle one)

(¿Su trabajo aún está disponible? (marque una opción))

<b>Yes</b> (Sí)	<b>No</b> (No)
--------------------	-------------------

What is your job title?

(¿Cuál es su profesión?)

\_\_\_\_\_

C) Was your reason for leaving work due to a back or neck problem? (select one)

(¿Su razón por dejar el trabajo está relacionada con un problema de espalda o cuello?(marque una opción))

<b>Yes</b> (Sí)	<b>No</b> (No)
--------------------	-------------------

12. Current source of income (check all that apply):

( Fuente actual de ingresos (marque todas las opciones que correspondan):)

<b>Spouse</b> (Cónyuge)	
<b>Employer</b> (Empleador)	
<b>Social Security</b> (Seguro Social)	
<b>Disability</b> (Discapacidad)	

<b>Unemployment</b> (Desempleo)	
<b>Workers Comp</b> (Compensación para los trabajadores)	
<b>Other Funds</b> (Otro fondos)	
Private Earnings (Ingresos privados)	

13. How would you compare your pain ratio (check one)?

(¿Con qué compararía su índice de dolor? (marque una opción))

<b>100% back pain to 0% leg pain</b> (100% dolor de espalda contra 0% dolor de pierna)		<b>100% back pain to 0% neck pain</b> (100% dolor de espalda contra 0% dolor de cuello)	
<b>75% back pain to 25% neck pain</b> (75% dolor de espalda contra 25% dolor de pierna)		<b>75% back pain to 25% neck pain</b> (75% dolor de espalda contra 25% dolor de cuello)	
<b>50% back pain to 50% neck pain</b> (50% dolor de espalda contra 50% dolor de pierna)		<b>50% back pain to 50% neck pain</b> (50% dolor de espalda contra 50% dolor de cuello)	
<b>25% back pain to 75% neck pain</b> (25% dolor de espalda contra 75% dolor de cuello)		<b>25% back pain to 75% neck pain</b> (25% dolor de espalda contra 75% dolor de cuello)	
<b>0% back pain to 100% leg pain</b> (0% dolor de espalda contra 100% dolor de pierna)		<b>0% back pain to 100% neck pain</b> (0% dolor de espalda contra 100% dolor de cuello)	

<b>100% neck pain to 0% arm pain</b> (100% dolor de cuello contra 0% dolor de brazo)	
<b>75% neck pain to 25% arm pain</b> (75% dolor de cuello contra 25% dolor de brazo)	
<b>50% neck pain to 50% arm pain</b> (50% dolor de cuello contra 50% dolor de brazo)	
<b>25% neck pain to 75% arm pain</b> (25% dolor de cuello contra 75% dolor de brazo)	
<b>0% neck pain to 100% arm pain</b> (0% dolor de cuello contra 100% dolor de brazo)	

**14. Which of the following activities change the nature of your pain (check all that apply)?:**

*(¿Cuál de las siguientes actividades cambia la naturaleza de su dolor?(marque todas las opciones que correspondan))*

	<b>Aggravates Pain</b> <i>(Empeora el dolor)</i>	<b>Relieves Pain</b> <i>(Alivia el dolor)</i>	<b>Neither</b> <i>(Ninguno)</i>
<b>Sitting</b> <i>(Estar sentado)</i>			
<b>Standing</b> <i>(Estar parado)</i>			
<b>Rising from sitting</b> <i>(Levantarse de la posición de sentado)</i>			
<b>Leaning forward (brushing teeth)</b> <i>(Inclinarse hacia adelante(Cepillarse los dientes))</i>			
<b>Walking</b> <i>(Caminar)</i>			
<b>Lying on your side</b> <i>(Acostarse de costado)</i>			
<b>Lying on your back</b> <i>(Acostarse boca arriba)</i>			
<b>Lying on stomach</b> <i>(Acostarse boca abajo)</i>			
<b>Driving</b> <i>(Conducir)</i>			
<b>Coughing/Sneezing</b> <i>(Toser/estornudar)</i>			
<b>Bending forward</b> <i>(Inclinarse hacia adelante)</i>			

**Now go back and circle the boxes to indicate the most aggravating activity and the most relieving activity.**

*(Ahora marque los casilleros que indican la actividad que más empeora y la actividad que más alivia.)*

**15. Please answer the following questions:**

*(Responda las siguientes preguntas:)*

**A) How long can you sit? (check one)**

*(¿Cuánto tiempo puede permanecer sentado? (marque una opción))*

<b>Unable to tolerate</b> <i>(No lo puedo tolerar)</i>		<b>About 45 minutes only</b> <i>(Aproximadamente 45 minutos)</i>	
<b>About 15 minutes only</b> <i>(Aproximadamente 15 minutos)</i>		<b>About 1 hour</b> <i>(Aproximadamente una hora)</i>	
<b>About 30 minutes only</b> <i>(Aproximadamente 30 minutos)</i>		<b>Indefinite period</b> <i>(Período indefinido)</i>	

**B) How long can you stand? (check one)**

*(¿Cuánto tiempo puede permanecer parado? (marque una opción))*

<b>Unable to tolerate</b> <i>(No lo puedo tolerar)</i>		<b>About 45 minutes only</b> <i>(Aproximadamente 45 minutos)</i>	
<b>About 15 minutes only</b> <i>(Aproximadamente 15 minutos)</i>		<b>About 1 hour</b> <i>(Aproximadamente una hora)</i>	
<b>About 30 minutes only</b> <i>(Aproximadamente 30 minutos)</i>		<b>Indefinite period</b> <i>(Período indefinido)</i>	

**C) How long can you walk?**

*(¿Cuánto tiempo puede caminar?)*

<b>Unable to tolerate</b> <i>(No lo puedo tolerar)</i>		<b>About 45 minutes only</b> <i>(Aproximadamente 45 minutos)</i>	
<b>About 15 minutes only</b> <i>(Aproximadamente 15 minutos)</i>		<b>About 1 hour</b> <i>(Aproximadamente una hora)</i>	
<b>About 30 minutes only</b> <i>(Aproximadamente 30 minutos)</i>		<b>Indefinite period</b> <i>(Período indefinido)</i>	

16. **Approximate Height:** \_\_\_\_\_ **Approximate Weight:** \_\_\_\_\_  
*(Altura aproximada:) (Peso aproximado:)*

17. **Please list any prior medications you have tried for your spine and orthopedic problems that gave you no or minimal relief** *(Por favor, indique todos los medicamentos anteriores que ha probado para sus problemas ortopédicos y de la columna vertebral que le proporcionaron un alivio mínimo o nulo:)* \_\_\_\_\_

18. **Please list any prior medications you have tried for your spine and orthopedic problems that gave you significant relief** *(Por favor, indique todos los medicamentos anteriores que ha probado para sus problemas ortopédicos y de la columna vertebral que le proporcionaron un alivio significativo:)* \_\_\_\_\_

19. **Please list any medications you are currently taking for your spine and orthopedic problems. If insurance approval is required for these medications, it will greatly help if you complete this form since the information you provide may be very beneficial in getting your medications approved. Please be as detailed as you can.**

*(Por favor, indique todos los medicamentos que está tomando actualmente para sus problemas ortopédicos y de la columna vertebral. Si se requiere la aprobación del seguro para estos medicamentos, será de gran ayuda que usted llene este formulario, ya que la información que proporcione puede ser muy beneficiosa para conseguir que se aprueben sus medicamentos. Por favor, sea lo más detallado posible.)*

**Medication #1** *(Medicamento n.º 1):*

**Name** *(Nombre):* \_\_\_\_\_ **Dose** *(Dosis):* \_\_\_\_\_ **Frequency** *(Frecuencia):* \_\_\_\_\_

**How does this medication help your pain?** *(¿De qué manera alivia su dolor este medicamento?)* \_\_\_\_\_



**If I take this medication, my pain level is \_\_\_\_\_ on a scale from 0 to 10, with 0 being less pain and 10 being more pain. If I don't take this medication, my pain level is \_\_\_\_\_ on a scale from 0 to 10, with 0 being less pain and 10 being more pain.**

*(Si tomo este medicamento, mi nivel de dolor es \_\_\_\_\_ en una escala de 0 a 10, donde 0 indica el dolor menos intenso y 10 indica el dolor más intenso. Si no tomo este medicamento, mi nivel de dolor es \_\_\_\_\_ en una escala de 0 a 10, donde 0 indica el dolor menos intenso y 10 indica el dolor más intenso.)*

**This medication helps me NOT AT ALL / A LITTLE / MODERATELY / A LOT / TREMENDOUSLY  
(Select one)**

*(Este medicamento me ayuda: \_\_\_\_\_  
(encierre uno en un círculo))*

**How does this medication help you with function? Please list all ways that this medication helps you function. Following are some examples of things that medication can help with: sleeping, walking longer, sitting longer, keep you working, etc. (¿Cómo lo ayuda este medicamento en sus actividades? Indique todas las formas en que este medicamento lo ayuda. Los siguientes son algunos ejemplos de actividades con las que el medicamento lo puede ayudar: dormir, caminar por más tiempo, sentarse por más tiempo, trabajar, etc.):**

\_\_\_\_\_

**Please list any side effects you experience from this medication (Por favor, indique cualquier efecto secundario que le provoque este medicamento.):** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Medication #2 (Medicamento n.º 2):**

**Name (Nombre):** \_\_\_\_\_ **Dose (Dosis):** \_\_\_\_\_ **Frequency (Frecuencia):** \_\_\_\_\_

**How does this medication help your pain? (¿De qué manera alivia su dolor este medicamento?)** \_\_\_\_\_

**If I take this medication, my pain level is \_\_\_\_\_ on a scale from 0 to 10, with 0 being less pain and 10 being more pain. If I don't take this medication, my pain level is \_\_\_\_\_ on a scale from 0 to 10, with 0 being less pain and 10 being more pain.**

*(Si tomo este medicamento, mi nivel de dolor es \_\_\_\_\_ en una escala de 0 a 10, donde 0 indica el dolor menos intenso y 10 indica el dolor más intenso. Si no tomo este medicamento, mi nivel de dolor es \_\_\_\_\_ en una escala de 0 a 10, donde 0 indica el dolor menos intenso y 10 indica el dolor más intenso.)*

**This medication helps me NOT AT ALL / A LITTLE / MODERATELY / A LOT / TREMENDOUSLY  
(select one)**

*(Este medicamento me ayuda: \_\_\_\_\_  
(encierre uno en un círculo))*

**How does this medication help you with function? Please list all ways that this medication helps you function. Following are some *examples* of things that medication can help with: sleeping, walking longer, sitting longer, keep you working, etc. (¿Cómo lo ayuda este medicamento en sus actividades? Indique todas las formas en que este medicamento lo ayuda. Los siguientes son algunos ejemplos de actividades con las que el medicamento lo puede ayudar: dormir, caminar por más tiempo, sentarse por más tiempo, trabajar, etc.):**

---

---

**Please list any side effects you experience from this medication (Por favor, indique cualquier efecto secundario que le provoque este medicamento.):** \_\_\_\_\_

---

**Medication #3 (Medicamento n.º 3):**

**Name (Nombre):** \_\_\_\_\_ **Dose (Dosis):** \_\_\_\_\_ **Frequency (Frecuencia):** \_\_\_\_\_

**How does this medication help your pain? (¿De qué manera alivia su dolor este medicamento?)** \_\_\_\_\_

---

**If I take this medication, my pain level is \_\_\_\_\_ on a scale from 0 to 10, with 0 being less pain and 10 being more pain. If I don't take this medication, my pain level is \_\_\_\_\_ on a scale from 0 to 10, with 0 being less pain and 10 being more pain.**

*(Si tomo este medicamento, mi nivel de dolor es \_\_\_\_\_ en una escala de 0 a 10, donde 0 indica el dolor menos intenso y 10 indica el dolor más intenso. Si no tomo este medicamento, mi nivel de dolor es \_\_\_\_\_ en una escala de 0 a 10, donde 0 indica el dolor menos intenso y 10 indica el dolor más intenso.)*

**This medication helps me NOT AT ALL / A LITTLE / MODERATELY / A LOT / TREMENDOUSLY (select one)**

*(Este medicamento me ayuda: \_\_\_\_\_ (encierre uno en un círculo))*

**How does this medication help you with function? Please list all ways that this medication helps you function. Following are some *examples* of things that medication can help with: sleeping, walking longer, sitting longer, keep you working, etc. (¿Cómo lo ayuda este medicamento en sus actividades? Indique todas las formas en que este medicamento lo ayuda. Los siguientes son algunos ejemplos de actividades con las que el medicamento lo puede ayudar: dormir, caminar por más tiempo, sentarse por más tiempo, trabajar, etc.):**

---

---

**Please list any side effects you experience from this medication (Por favor, indique cualquier efecto secundario que le provoque este medicamento.):** \_\_\_\_\_

---

**Medication #4** (Medicamento n.º 4):

**Name** (Nombre): \_\_\_\_\_ **Dose** (Dosis): \_\_\_\_\_ **Frequency** (Frecuencia): \_\_\_\_\_

**How does this medication help your pain?** (¿De qué manera alivia su dolor este medicamento?) \_\_\_\_\_

**If I take this medication, my pain level is \_\_\_\_\_ on a scale from 0 to 10, with 0 being less pain and 10 being more pain. If I don't take this medication, my pain level is \_\_\_\_\_ on a scale from 0 to 10, with 0 being less pain and 10 being more pain.**

(Si tomo este medicamento, mi nivel de dolor es \_\_\_\_\_ en una escala de 0 a 10, donde 0 indica el dolor menos intenso y 10 indica el dolor más intenso. Si no tomo este medicamento, mi nivel de dolor es \_\_\_\_\_ en una escala de 0 a 10, donde 0 indica el dolor menos intenso y 10 indica el dolor más intenso.)

**This medication helps me NOT AT ALL / A LITTLE / MODERATELY / A LOT / TREMENDOUSLY (select one)**

(Este medicamento me ayuda: \_\_\_\_\_  
(encierre uno en un círculo))

**How does this medication help you with function? Please list all ways that this medication helps you function. Following are some examples of things that medication can help with: sleeping, walking longer, sitting longer, keep you working, etc.** (¿Cómo lo ayuda este medicamento en sus actividades? Indique todas las formas en que este medicamento lo ayuda. Los siguientes son algunos ejemplos de actividades con las que el medicamento lo puede ayudar: dormir, caminar por más tiempo, sentarse por más tiempo, trabajar, etc.):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Please list any side effects you experience from this medication** (Por favor, indique cualquier efecto secundario que le provoque este medicamento.): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

20. **Please list any medications you are currently taking that are unrelated to your spine and orthopedic problems** (Por favor, indique todos los medicamentos que está tomando actualmente y que no se relacionan con sus problemas ortopédicos y la de columna vertebral.) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

21. **Do you have any allergies to medication? If so, please list the medication and explain the reaction.** (¿Tiene usted alergias a algún medicamento? Si es así, por favor indique los nombres y las reacciones al medicamento.) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Antecedentes médicos (Past Medical History)**

22. Indique si tiene un historial de: (Have you had a history of)

**Heart: (Heart)**

- High blood pressure (Hipertensión)**
- High cholesterol (Colesterol alto)**
- Chest pain, tightness (Dolor u opresión en el pecho)**
- Shortness of breath with 2 flights of stairs (Falta de aire luego de subir 2 tramos de escaleras)**
- Cardiac testing or seen a cardiologist within the past 5 years (Stress test, ECHO) (Pruebas cardiacas o ha consultado con un cardiólogo en los últimos 5 años (prueba de esfuerzo, ecocardiografía))**
  - Was told results were abnormal (Le informaron que los resultados eran anormales)**
- Irregular heart beat or murmur (palpitations) (Soplo o latido irregular del corazón (palpitaciones))**
- Heart attack (Infarto)**
- Heart failure (Insuficiencia cardíaca)**
- Sleeps with 2 or more pillows due to shortness of breath when lying flat (Utiliza dos o más almohadas para dormir debido a la dificultad para respirar al estar acostado)**
- Pacemaker or defibrillator (Marcapasos o desfibrilador)**
- Other Cardiac Conditions: (Otras enfermedades cardiacas): \_\_\_\_\_**

**Lung (Pulmones):**

- Recent cough, cold or fever (Tos, resfriado o fiebre recientes)**
- Asthma (Asma)**
- Emphysema/COPD (Enfisema/EPOC)**
- Uses an inhaler (Utiliza un inhalador)**
  - Daily (Diariamente)**
  - Few times per week (Pocas veces por semana)**
  - Few times per month (Pocas veces por mes)**
- Has had to go to the hospital for Asthma/COPD (Ha tenido que ir al hospital por asma/EPOC)**
  - Required a breathing tube (Necesitó un tubo de respiración)**
  - Required oral steroids (prednisone) (Necesitó esteroides orales (prednisona))**
- PPD positive (Prueba de PPD positiva)**
  - Has been treated for TB (Ha sido tratado por tuberculosis)**
- Restrictive lung disease (Enfermedad pulmonar restrictiva)**
- Obstructive sleep apnea (Apnea obstructiva del sueño)**
  - Uses CPAP or BIPAP at night (Utiliza CPAP o BIPAP por la noche)**
- Other Lung Problems (Otros problemas pulmonares): \_\_\_\_\_**

**Neurologic (Neurológico):**

- Epilepsy/Seizures (Epilepsia/convulsiones)**
- Migraines or frequent headaches (Migrañas o dolores de cabeza frecuentes)**
- History of Stroke or "mini stroke" (TIA) (Antecedentes de infarto o "miniinfarto" (TIA))**
  - Residual weakness, blindness, language problems (Debilidad residual, ceguera, problemas del habla)**
- Loss of consciousness or passing out (Pérdida de la conciencia o desmayo)**
- Carotid Artery Stenosis (Estenosis de la arteria carótida)**
- Required neurologic testing (Carotid ultrasound, EMG, Head CT) (Necesitó un examen neurológico (ecografía de la carótida, electromiografía, tomografía computarizada de la cabeza))**
- Experiences numbness or weakness (Experimentó entumecimiento o debilidad)**
  - Upper extremities (Extremidades superiores)**
  - Lower extremities (Extremidades inferiores)**
- Other Neurologic problems (Otros problemas neurológicos): \_\_\_\_\_**

**GI/Hepatic (Gastrointestinales/hepáticos):**

- Gastrointestinal reflux (GERD) or Heart Burn (Reflujo gastroesofágico (ERGE) o acidez)**
  - Symptoms Daily (Síntomas diarios)**
  - Well controlled (Bien controlado)**
- Yellow jaundice (Ictericia)**

- Difficulty swallowing** (*Dificultad para tragar*)
- Bowel incontinence (uncontrolled loss of stool)** (*Incontinencia fecal (pérdida incontrolada de heces)*)
- Frequent constipation** (*Estreñimiento frecuente*)
- Frequent diarrhea** (*Diarrea frecuente*)
- Dark or bloody stool** (*Heces oscuras o con sangre*)
- Pain with bowel** (*Dolor durante las deposiciones*)
- Persistent/recurrent belly pain** (*Dolor de estómago persistente o recurrente*)
- AIDS/HIV** (*SIDA/VIH*)
- Hepatitis (current or in the past)** (*Hepatitis (actualmente o en el pasado)*)
  - A**
  - B**
  - C**
- Liver Disease** (*Enfermedades hepáticas*)
  - Cirrhosis** (*Cirrosis*)  **Alcoholic** (*Alcohólica*)  **Hepatitis related** (*Relacionada con la hepatitis*)
  - Other** (*Otro*): \_\_\_\_\_

**Kidney/GU** (*Riñones/genitourinarios*):

- Urinary incontinence (loss of bladder control)** (*Incontinencia urinaria (pérdida del control de la vejiga)*)
- Burning with urination** (*Ardor al orinar*)
- Frequent Urination** (*Micción frecuente*)
- Bleeding with urination** (*Sangrado al orinar*)
- Diabetes** (*Diabetes*)
  - Insulin dependent** (*Insulinodependiente*)
  - Oral meds** (*Medicamentos orales*)
  - Diet controlled** (*Controlada con dieta*)
- Kidney Disease** (*Enfermedad renal*)
- Dialysis** (*Diálisis*)

**Hematologic** (*Hematológico*):

- Has been told by doctor that they bleed easily or have bleeding disorder** (*El médico le ha dicho que sangra con facilidad o tiene un trastorno de la coagulación*)
- Has had a blood clot** (*Ha tenido un coágulo de sangre*)
  - Leg** (*Pierna*)
  - Arm** (*Brazo*)
  - Lung** (*Pulmón*)
  - Required heparin or Coumadin (warfarin) treatment** (*Necesitó tratamiento con heparina o Coumadin (warfarina)*)

**Endocrine** (*Endocrino*):

- Thyroid problems** (*Problemas de tiroides*)
  - Hypothyroid** (*Hipotiroidismo*)
  - Hyperthyroid** (*Hipertiroidismo*)
- Cancer – Type** (*Cáncer - Tipo*): \_\_\_\_\_
  - Chemo** (*Quimioterapia*)
  - Radiation** (*Radiación*)
  - Surgery** (*Cirugía*)

**Musculoskeletal** (*Musculoesquelético*):

- Fever, chills, or sweats** (*Fiebre, escalofríos o sudores*)
- Arthritis- Type and joints affected** (*Arthritis - Tipo y articulaciones afectadas*): \_\_\_\_\_
- Neck pain** (*Dolor de cuello*)
- Back pain** (*Dolor de espalda*)
- Gout** (*Gota*)
- Calf cramp with walking** (*Calambre en la pantorrilla al caminar*)
- Fibromyalgia** (*Fibromialgia*)
- rash** (*Sarpullido*)

**HEENT** (Cabeza, ojos, garganta, nariz y oídos):

- Hoarseness** (Ronquera)
- Dentures or partials** (Dientes postizos)
- Loose tooth(teeth)** (Diente o dientes flojos)
- Infected tooth(teeth)** (Diente o (dientes) infectados)
- Hearing aids** (Audífonos)
- Vision problems (Retinal vein/artery occlusion, cataracts, glaucoma, blindness)** (Problemas de la vista (oclusión de la vena/arteria retiniana, cataratas, glaucoma, ceguera))

**Psychiatric** (Psiquiátrico):

- Anxiety** (Ansiedad)
- Depression** (Depresión)
- Bipolar Disorder** (Trastorno bipolar)

- List all other major illnesses** (Indique todas las otras enfermedades importantes)

23. **Are you under a doctor's care for any medical condition?** Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
(¿Se encuentra bajo el cuidado de un médico por alguna condición?) (Sí) (No)

**If yes, please explain**

(En caso afirmativo, por favor, explique:): \_\_\_\_\_

**24. Treatment History**

(Historial de tratamiento):

**Orthopedic Surgeries**

(Cirugías ortopédicas):

- |                              |                      |                            |
|------------------------------|----------------------|----------------------------|
| 1. <b>Surgery</b> (Cirugía): | <b>Date</b> (Fecha): | <b>Physician</b> (Médico): |
| 2. <b>Surgery</b> (Cirugía): | <b>Date</b> (Fecha): | <b>Physician</b> (Médico): |
| 3. <b>Surgery</b> (Cirugía): | <b>Date</b> (Fecha): | <b>Physician</b> (Médico): |

**Spine Surgeries**

(Cirugías de la columna vertebral):

- |                              |                      |                            |
|------------------------------|----------------------|----------------------------|
| 1. <b>Surgery</b> (Cirugía): | <b>Date</b> (Fecha): | <b>Physician</b> (Médico): |
| 2. <b>Surgery</b> (Cirugía): | <b>Date</b> (Fecha): | <b>Physician</b> (Médico): |
| 3. <b>Surgery</b> (Cirugía): | <b>Date</b> (Fecha): | <b>Physician</b> (Médico): |

**Other Surgeries**

(Otras cirugías):

- |                              |                      |                            |
|------------------------------|----------------------|----------------------------|
| 1. <b>Surgery</b> (Cirugía): | <b>Date</b> (Fecha): | <b>Physician</b> (Médico): |
| 2. <b>Surgery</b> (Cirugía): | <b>Date</b> (Fecha): | <b>Physician</b> (Médico): |
| 3. <b>Surgery</b> (Cirugía): | <b>Date</b> (Fecha): | <b>Physician</b> (Médico): |

25. **Did you improve from your surgical procedure(s)? (select one)**

(¿Ha mejorado gracias al/los procedimiento(s) quirúrgico(s)? (marque una opción))

**Yes**  
(Sí)

**No**  
(No)

26. **Have been told that there was trouble/difficulty with Anesthesia:**

(¿Se le ha indicado que hubo problemas/dificultades con la anestesia?)

- Difficult Airway** (Dificultad con las vías aéreas)
- Nausea/Vomiting** (Náuseas/vómitos)
- Allergic Reaction** (Reacción alérgica): \_\_\_\_\_

**27. Procedures**

*(Procedimientos):*

**Injections**

*(Inyecciones):*

- |                        |                      |                            |
|------------------------|----------------------|----------------------------|
| <b>1. Type (Tipo):</b> | <b>Date (Fecha):</b> | <b>Physician (Médico):</b> |
| <b>2. Type (Tipo):</b> | <b>Date (Fecha):</b> | <b>Physician (Médico):</b> |
| <b>3. Type (Tipo):</b> | <b>Date (Fecha):</b> | <b>Physician (Médico):</b> |

**28. Alternate Treatment Modalities**

*(Modalidades de tratamiento alternativo)*

**Chiropractic Treatment (Tratamiento quiropráctico):**

\_\_\_\_\_ Visits, ( \_\_\_\_\_ ) *(Visitas, (útiles/no útiles))*

**Acupuncture Treatment (Tratamiento de acupuntura):**

\_\_\_\_\_ Visits, ( \_\_\_\_\_ ) *(Visitas, (útiles/no útiles))*

**Physical Therapy (Fisioterapia):**

\_\_\_\_\_ Visits, ( \_\_\_\_\_ ) *(Visitas, (útiles/no útiles))*

**Family History (Antecedentes familiares)**

**29. Has any family member (blood related) had any of the following? Please select each that apply:**

*(¿Algún miembro de la familia (consanguíneo) tuvo algo de lo siguiente? Por favor, seleccione todos los que correspondan:)*

- Yes**  **No** **Life-threatening reaction to anesthesia (malignant hyperthermia)?**  
*(Sí) (No) (Reacción potencialmente mortal a la anestesia (hipertermia maligna).)*
- Yes**  **No** **Heart Attack before age 55?**  
*(Sí) (No) (Ataque al corazón antes de los 55 años)*
- Yes**  **No** **Back pain?**  
*(Sí) (No) (Dolor de espalda)*
- Yes**  **No** **Arthritis?**  
*(Sí) (No) (Artritis)*
- Yes**  **No** **Tuberculosis**  
*(Sí) (No) (Tuberculosis)*
- Yes**  **No** **Migraine Headaches**  
*(Sí) (No) (Migrañas)*
- Yes**  **No** **Muscle or nerve disease? If so, what \_\_\_\_\_**  
*(Sí) (No) (Enfermedades musculares o neurológicas. En caso afirmativo, indique la enfermedad:)*
- Yes**  **No** **Cancers? If so, what type \_\_\_\_\_**  
*(Sí) (No) (Cáncer. En caso afirmativo, indique el tipo:)*
- Yes**  **No** **Any other disease which might affect your treatment? Please list \_\_\_\_\_**  
*(Sí) (No) (Cualquier otra enfermedad que pueda afectar su tratamiento. Por favor, enumere:):*

**30. Do you drink alcoholic beverages? (check one)**

*(¿Toma bebidas alcohólicas? (marque una opción))*

None <i>Ninguna</i>		3 to 5 drinks per day <i>3 a 5 tragos por día</i>	
1 to 2 drinks per day <i>1 a 2 tragos por día</i>		more than 5 drinks per day <i>más de 5 tragos por día</i>	
2 to 3 drinks per day <i>2 a 3 tragos por día</i>			

31.  Yes  No **Have you been treated for drug or alcohol abuse? Please clarify**  
(Sí) (No) (¿Ha recibido tratamiento por abuso de drogas o alcohol? Por favor, aclare:): \_\_\_\_\_

Yes  No **Do you use street drugs? If yes, what?** \_\_\_\_\_  
(Sí) (No) (¿Utiliza drogas ilícitas? En caso afirmativo, indique cuáles:)

32.  Yes  No **Have you been a cigarette smoker in the past 5 years?**  
(Sí) (No) (¿Ha sido fumador de cigarrillos en los últimos 5 años?)

Yes  No **Currently, do you smoke? If yes, how much per day?** \_\_\_\_\_  
(Sí) (No) (¿Fuma en la actualidad? En caso afirmativo, ¿cuánto por día?)

**How many years have you been smoking?** \_\_\_\_\_  
(¿Por cuántos años ha fumado?)

33. **Are you (check one):**

(Es usted (marque una opción):)

<b>Single</b> (Soltero)	
<b>Married</b> (Casado)	
<b>Divorced</b> (Divorciado)	

<b>Separated</b> (Separado)	
<b>Widowed</b> (Viudo)	

34. **Number of children, if any:** \_\_\_\_\_  
(Cantidad de hijos, si tiene:)

35. **Is there any chance you are pregnant? Yes** \_\_\_\_\_ **No** \_\_\_\_\_  
(¿Existe la posibilidad de que usted este embarazada? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_)



**OSWESTRY FUNCTION TEST**  
(PRUEBA DE EVALUACIÓN FUNCIONAL DE OSWESTRY)

**Complete this form only if you have back or leg problems (page 11-14).**

*(Complete este formulario únicamente si tiene problemas de espalda o en las piernas (página 11-14).)*

**36. Please answer the following questions by placing the number of the most applicable on the blank lines:**

*(Responda las siguientes preguntas al colocar el número correspondiente en las líneas en blanco:)*

**a. How long have you had back pain? (check one)**

*(¿Hace cuánto tiempo tiene dolor de espalda? (marque una opción))*

<b>About 1 week</b> <i>(Aproximadamente 1 semana)</i>		<b>About 6 months</b> <i>(Aproximadamente 6 meses)</i>	
<b>About 1 month</b> <i>(Aproximadamente 1 mes)</i>		<b>About 1 year</b> <i>(Aproximadamente 1 año)</i>	
<b>About 3 months</b> <i>(Aproximadamente 3 meses)</i>			

**b. How long have you had leg pain? (check one)**

*(¿Hace cuánto tiempo tiene dolor de pierna (marque una opción))*

<b>About 1 week</b> <i>(Aproximadamente 1 semana)</i>		<b>About 6 months</b> <i>(Aproximadamente 6 meses)</i>	
<b>About 1 month</b> <i>(Aproximadamente 1 mes)</i>		<b>About 1 year</b> <i>(Aproximadamente 1 año)</i>	
<b>About 3 months</b> <i>(Aproximadamente 3 meses)</i>			

**37. Please check the one answer in each section that best applies to your condition.**

*(Marque una respuesta en cada sección que mejor se adapte a su condición.)*

**a. PAIN INTENSITY**

*(INTENSIDAD DEL DOLOR)*

<b>I can tolerate my pain without having to use painkillers</b> <i>(Puedo tolerar el dolor sin recurrir a analgésicos)</i>	
<b>My pain is bad, but I can manage without taking painkillers</b> <i>(Mi dolor es fuerte, pero puedo manejarlo sin recurrir a analgésicos)</i>	
<b>Painkillers give me complete relief from my pain</b> <i>(Los analgésicos alivian completamente mi dolor)</i>	
<b>Painkillers give me moderate relief from my pain</b> <i>(Los analgésicos alivian moderadamente mi dolor)</i>	
<b>Painkillers give me very little relief from my pain</b> <i>(Los analgésicos alivian muy poco mi dolor)</i>	
<b>Painkillers have no effect on my pain and I do not use them</b> <i>(Los analgésicos no me producen ningún efecto, por lo tanto no los uso)</i>	

**B) PERSONAL CARE (WASHING, DRESSING, ETC.)***(CUIDADO PERSONAL (LAVARSE, VESTIRSE, ETC.))*

<b>I can look after myself normally without causing pain</b> <i>(Puedo cuidar de mi mismo normalmente sin dolor)</i>	
<b>I can look after myself normally , but causes extra pain</b> <i>(Puedo cuidar de mi mismo normalmente pero me produce dolor)</i>	
<b>It is painful to look after myself and I am slow and careful</b> <i>(Es doloroso cuidar de mismo, soy lento y cuidadoso)</i>	
<b>I need some help but I manage my personal care</b> <i>(Necesito ayuda pero puedo encargarme de mi atención personal)</i>	
<b>I need every day help in most aspects of self-care</b> <i>(Necesito ayuda todos los días en practicamente todos los aspectos de mi atención personal)</i>	
<b>I do not get dressed, wash with difficulty, and stay in bed</b> <i>(No puedo vestirme, me lavo con dificultades y permanezco en cama)</i>	

**C) LIFTING***(LEVANTAR OBJETOS)*

<b>I can lift heavy objects without extra pain</b> <i>(Puedo levantar objetos pesados sin dolor)</i>	
<b>I can lift heavy objects, but it gives me extra pain</b> <i>(Puedo levantar objetos pesados pero me produce dolor)</i>	
<b>Pain prevents me from lifting heavy objects off the floor, but I can manage if they are conveniently positioned</b> <i>(El dolor no me permite levantar objetos del piso, pero puedo hacerlo si están convenientemente posicionados)</i>	
<b>Pain prevents me from lifting heavy objects, but I can manage light to medium objects if they are conveniently positioned</b> <i>(El dolor no me permite levantar objetos pesados del piso, pero puedo levantar objetos livianos y de tamaño mediano si están convenientemente posicionados)</i>	
<b>I can only lift very light objects</b> <i>(Sólo puedo levantar objetos muy livianos)</i>	
<b>I cannot lift or carry anything at all</b> <i>(No puedo levantar ni cargar nada en absoluto)</i>	

**D) WALKING***(CAMINAR)*

<b>Pain does not prevent me from walking any distance</b> <i>(Camino todo lo que quiero sin dolor)</i>	
<b>Pain prevents me from walking more than a mile</b> <i>(No puedo caminar más de una milla debido al dolor)</i>	
<b>Pain prevents me from walking more than a 1/2 mile</b> <i>(No puedo caminar más de 1/2 milla debido al dolor)</i>	
<b>Pain prevents me from walking more than a 1/4 mile</b> <i>(No puedo caminar más de 1/4 milla debido al dolor)</i>	
<b>I can only walk using a cane or crutches</b> <i>(Sólo puedo caminar ayudado por un bastón o muleta)</i>	
<b>I am in bed most of the time and have to crawl to the toilet</b> <i>(Estoy en cama prácticamente todo el tiempo y debo arrastrarme para ir al baño)</i>	

**E) SITTING***(SENTARSE)*

<b>I can sit in my chair as long as I like</b> <i>(Me puedo sentar en mi silla todo el tiempo que quiera)</i>	
<b>I can only sit in my favorite chair as long as 1 like</b> <i>(Sólo puedo sentarme en mi silla favorita por una hora)</i>	
<b>Pain prevents me from sitting more than 1 hour</b> <i>(No puedo estar sentado más de una hora sin dolor)</i>	
<b>Pain prevents me from sitting more than a 1/2 hour</b> <i>(No puedo estar sentado más de 30 minutos sin dolor)</i>	
<b>Pain prevents me from sitting more than 10 minutes</b> <i>(No puedo permanecer sentado más de 10 minutos sin dolor)</i>	
<b>Pain prevents me from sitting at all</b> <i>(No puedo permanecer ningún instante sentado sin que sienta dolor)</i>	

**F) STANDING***(PARARSE)*

<b>I can stand as long as I want without extra pain</b> <i>(Puedo permanecer de pie el tiempo que quiero sin dolor)</i>	
<b>I can stand as long as I want, but it gives me extra pain</b> <i>(Puedo permanecer de pie el tiempo que quiero, aunque con dolor)</i>	
<b>Pain prevents me from standing more than 1 hour</b> <i>(No puedo estar más de 1 hora parado sin sentir dolor)</i>	
<b>Pain prevents me from standing more than a 1/2 hour</b> <i>(No puedo estar parado más de 30 minutos sin sentir dolor)</i>	
<b>Pain prevents me from standing more than 10 minutes</b> <i>(No puedo estar parado más de 10 minutos sin sentir dolor)</i>	
<b>Pain prevents me from standing at all</b> <i>(No puedo permanecer ningún instante de pie sin sentir dolor)</i>	

**G) SLEEPING***(DORMIR)*

<b>Pain does not prevent me from sleeping well</b> <i>(Puedo dormir bien, sin dolor)</i>	
<b>I can sleep well only by taking medication for sleep</b> <i>(Puedo dormir bien sólo cuando tomo un medicamento para dormir)</i>	
<b>Even when I take medication I have less than 6 hours of sleep</b> <i>(Aún cuando tomo un medicamento, no logro dormir más de 6 horas seguidas)</i>	
<b>Even when I take medication I have less than 4 hours of sleep</b> <i>(Aún cuando tomo un medicamento, no logro dormir más de 4 horas seguidas)</i>	
<b>Even when I take medication I have less than 2 hours of sleep</b> <i>(Aún cuando tomo un medicamento, no logro dormir más de 2 horas seguidas)</i>	
<b>Pain prevents me from sleeping at all</b> <i>(El dolor no me permite dormir nada)</i>	

#### H) SEX LIFE

(ACTIVIDAD SEXUAL)

<p><b>My sex life is normal and causes me no extra pain</b> (Mi vida sexual es normal y no me produce dolor)</p>	
<p><b>My sex life is normal and causes me some extra pain</b> (Mi vida sexual es normal y me produce algo de dolor)</p>	
<p><b>My sex life is nearly normal, but very painful</b> (Mi vida sexual es casi normal, pero me produce mucho dolor)</p>	
<p><b>My sex life is severely restricted by pain</b> (Mi vida sexual está estrictamente restringida debido al dolor)</p>	
<p><b>My sex life is nearly absent because of pain</b> (Practicamente no tengo vida sexual debido al dolor)</p>	
<p><b>Pain prevents any sex life at all</b> (El dolor no me permite tener vida sexual)</p>	

#### I) SOCIAL LIFE

(ACTIVIDADES SOCIALES)

<p><b>My social life is normal and causes me no extra pain</b> (Mi vida social es normal y no me produce dolor)</p>	
<p><b>My social life is normal, but increases the degree of pain</b> (Mi vida social es normal, pero aumenta el grado de dolor)</p>	
<p><b>Pain has no significant effect on my social life apart from limiting my more energetic interests like dancing, etc.</b> (El dolor no produce un efecto importante en mi vida social, salvo el de limitar mis intereses más enérgicos como bailar, etc.)</p>	
<p><b>Pain has restricted my social life and I do not go out as often</b> (El dolor ha restringido mi vida social y ya no salgo muy seguido)</p>	
<p><b>Pain has restricted my social life to my home</b> (El dolor ha restringido mi vida social y ya no salgo de mi casa)</p>	
<p><b>I have no social life because of pain</b> (No tengo vida social debido al dolor)</p>	

#### J) TRAVEL

(VIAJAR)

<p><b>I can travel anywhere without pain</b> (Puedo viajar a cualquier lugar sin dolor)</p>	
<p><b>I can travel anywhere but it gives me extra pain</b> (Puedo viajar a cualquier lugar pero me produce dolor)</p>	
<p><b>Pain is bad, but I manage journeys over 2 hours</b> (El dolor es fuerte, pero puedo hacer viajes de 2 horas)</p>	
<p><b>Pain restricts me to journeys of less than 1 hour</b> (El dolor no me permite viajar por más de 1 hora)</p>	
<p><b>Pain restricts me to short necessary journeys under a 1/2 hour</b> (El dolor me limita a viajes cortos necesarios de menos de 1/2 hora)</p>	
<p><b>Pain prevents me from traveling except to the doctor or hospital</b> (El dolor no me permite viajar salvo para ir al médico o al hospital)</p>	

**Neck Disability Index:** Complete this form only if you have neck or arm problems. This questionnaire has been designed to give your doctor information as to how your pain has affected you in your everyday life activities.

Please answer each section; check the box that best describes your status today.

*(Incapacidad relacionada con el dolor de cuello : Complete este formulario sólo si tiene problemas en el cuello o en el brazo.*

*Este cuestionario ha sido diseñado para brindarle información a su médico acerca de cómo ha afectado el dolor en sus actividades cotidi*

*Responda cada sección; marque la opción que mejor describa su estado actual.)*

**Section 1-Pain Intensity**

*(Sección 1: Intensidad del dolor)*

<b>I have no pain at the moment</b> <i>(No tengo dolor en este momento)</i>	
<b>The pain is very mild at the moment</b> <i>(El dolor es muy leve en este momento)</i>	
<b>The pain is moderate at the moment</b> <i>(El dolor es moderado en este momento)</i>	
<b>The pain is fairly severe at the moment</b> <i>(El dolor es bastante grave en este momento)</i>	
<b>The pain is very severe at the moment</b> <i>(El dolor es muy grave en este momento)</i>	
<b>The pain is the worst imaginable at the moment</b> <i>(El dolor es el peor imaginable en este momento)</i>	

**Section 2-Personal Care (Washing, dressing, etc.)**

*(Sección 2: Cuidado personal (lavarse, vestirse, etc.))*

<b>I can look after myself normally without causing pain</b> <i>(Puedo cuidar de mi mismo normalmente sin dolor)</i>	
<b>I can look after myself normally , but causes extra pain</b> <i>(Puedo cuidar de mi mismo normalmente pero me produce dolor)</i>	
<b>It is painful to look after myself and I am slow and careful</b> <i>(Es doloroso cuidar de mismo, soy lento y cuidadoso)</i>	
<b>I need some help but I manage my personal care</b> <i>(Necesito ayuda pero puedo encargarme de mi atención personal)</i>	
<b>I need every day help in most aspects of self-care</b> <i>(Necesito ayuda todos los días en practicamente todos los aspectos de mi atención personal)</i>	
<b>I do not get dressed, wash with difficulty, and stay in bed</b> <i>(No puedo vestirme, me lavo con dificultades y permanezco en cama)</i>	

### Section 3-Lifting

(Sección 3: Levantar objetos)

<b>I can lift heavy objects without extra pain</b> (Puedo levantar objetos pesados sin dolor)	
<b>I can lift heavy objects, but it gives me extra pain</b> (Puedo levantar objetos pesados pero me produce dolor)	
<b>Pain prevents me from lifting heavy objects off the floor, but I can manage if they are conveniently positioned</b> (El dolor no me permite levantar objetos del piso, pero puedo hacerlo si están convenientemente posicionados)	
<b>Pain prevents me from lifting heavy objects, but I can manage light to medium objects if they are conveniently positioned</b> (El dolor no me permite levantar objetos pesados del piso, pero puedo levantar objetos livianos y de tamaño mediano si están convenientemente posicionados)	
<b>I can only lift very light objects</b> (Sólo puedo levantar objetos muy livianos)	
<b>I cannot lift or carry anything at all</b> (No puedo levantar ni cargar nada en absoluto)	

### Section 4-Reading

(Sección 4: Lectura)

<b>I can read as much as I want to with no pain in my neck</b> (Puedo leer todo lo que quiero sin dolor en el cuello)	
<b>I can read as much as I want to with slight pain in my neck</b> (Puedo leer todo lo que quiero con un poco de dolor en el cuello)	
<b>I can read as much as I want to with moderate pain in my neck</b> (Puedo leer todo lo que quiero con un moderado dolor en el cuello)	
<b>I cannot read as much as I want because of moderate pain in my neck</b> (No puedo leer todo lo que quiero debido a un dolor moderado en el cuello)	
<b>I can hardly read at all because of severe pain in my neck</b> (Practicamente no puedo leer debido a un dolor grave en el cuello)	
<b>I cannot read at all</b> (No puedo leer nada)	

### Section 5-Headache

(Sección 5: Dolor de cabeza)

<b>I have no headaches at all</b> (No tengo dolores de cabeza)	
<b>I have slight headaches, which come infrequently</b> (Tengo dolores de cabeza leves, que son con poca frecuencia)	
<b>I have moderate headaches, which come infrequently</b> (Tengo dolores de cabeza moderados, que son con poca frecuencia)	
<b>I have moderate headaches, which come frequently</b> (Tengo dolores de cabeza moderados, que son frecuentes)	
<b>I have severe headaches, which come frequently</b> (Tengo dolores de cabeza severos, que son frecuentes)	
<b>I have headaches almost all the time</b> (Tengo dolor de cabeza practicamente todo el tiempo)	

**Section 6-Concentration***(Sección 6: Concentración)*

<b>I concentrate fully when I want to with no difficulty</b> <i>(Me puedo concentrar completamente cuando quiero sin dificultades)</i>	
<b>I can concentrate fully when I want to with slight difficulty</b> <i>(Me puedo concentrar completamente cuando quiero con una leve dificultad)</i>	
<b>I have a fair degree of difficulty in concentraing when I want to</b> <i>(Tengo un ligero grado de dificultad para concentrarme cada vez que quiero)</i>	
<b>I have a lot of difficulty in concentrating when I want to</b> <i>(Tengo mucha dificultad para concentrarme cada vez que quiero)</i>	
<b>I cannot concentrate at all</b> <i>(No puedo concentrarme para nada)</i>	

**Section 7-Work***(Sección 7: Trabajo)*

<b>I can do as much as I want to</b> <i>(Puedo trabajar todo lo que quiero)</i>	
<b>I can do my usual work but no more</b> <i>(Hago mi trabajo habitual, pero nada más)</i>	
<b>I can do most of my usual work, but no more</b> <i>(Puedo realizar la mayor parte de mi trabajo habitual, pero nada más)</i>	
<b>I cannot do my usual work</b> <i>(No puedo realizar mi trabajo habitual)</i>	
<b>I can hardly do my work at all</b> <i>(Practicamente no puedo realizar mi trabajo en absoluto)</i>	
<b>I cannot do any work at all</b> <i>(No puedo realizar ningún tipo de trabajo)</i>	

**Section 8-Driving***(Sección 8: Conducir)*

<b>I can drive my car without any neck pain</b> <i>(Puedo conducir mi vehículo sin dolor de cuello)</i>	
<b>I can drive my car as long as I want to with slight neck pain</b> <i>(Puedo conducir mi vehículo cada vez que quiero con un leve dolor de cuello)</i>	
<b>I can drive my car as long as I want to with moderate neck pain</b> <i>(Puedo conducir mi vehículo cada vez que quiero con un moderado dolor de cuello)</i>	
<b>I cannot drive my car as long as I want because of moderate neck pain</b> <i>(No puedo conducir mi vehículo cada vez que quiero debido a un moderado dolor de cuello)</i>	
<b>I can hardly drive at all because of severe pain in my neck</b> <i>(Practicamente no puedo conducir debido a un severo dolor en el cuello)</i>	
<b>I cannot drive my car at all</b> <i>(No puedo conducir en absoluto)</i>	

**Section 9-Sleeping***(Sección 9: Dormir)*

<b>I have no trouble sleeping at all</b> <i>(No tengo ningún problema para dormir)</i>	
<b>My sleep is slightly disturbed (less than 1 hour sleep loss)</b> <i>(Mi sueño se ve ligeramente alterado (pierdo menos de 1 hora de sueño))</i>	
<b>My sleep is mildly disturbed (1-2 hours sleep loss)</b> <i>(Mi sueño se ve sutilmente alterado (pierdo de 1 a 2 horas de sueño))</i>	
<b>My sleep is moderately disturbed (2-3 hours sleep loss)</b> <i>(Mi sueño se ve moderadamente alterado (pierdo de 2 a 3 horas de sueño))</i>	
<b>My sleep is greatly disturbed (3-5 hours sleep loss)</b> <i>(Mi sueño se ve profundamente alterado (pierdo de 3 a 5 horas de sueño))</i>	

**Section 10-Recreation***(Sección 10: Recreación)*

<b>I am able to engage in all my recreational activities with no neck pain</b> <i>(Puedo realizar todas mis actividades recreativas sin dolor de cuello)</i>	
<b>I am able to engage in all my recreational activities with some neck pain</b> <i>(Puedo realizar todas mis actividades recreativas con un poco de dolor de cuello)</i>	
<b>I am able to engage in most but not all of my usual recreational activities because of my neck pain</b> <i>(Puedo realizar algunas pero no todas mis actividades recreativas habituales debido a mi dolor de cuello)</i>	
<b>I am able to engage in few of my usual recreational activities because of my neck pain</b> <i>(Puedo realizar algunas de mis actividades recreativas habituales debido a mi dolor de cuello)</i>	
<b>I can hardly do any recreational activities because of my neck pain</b> <i>(Prácticamente no puedo realizar ninguna actividad recreativa debido a mi dolor de cuello)</i>	
<b>I cannot do any recreational activities</b> <i>(No puedo realizar ninguna actividad recreativa)</i>	



**ACTIVITIES OF DAILY LIVING COMMONLY MEASURED IN ACTIVITIES OF DAILY LIVING  
(ADL)\***

*(ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA GENERALMENTE MEDIDAS EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (ADL)\*)*

<p align="center"><b>APPLICANT HAS DIFFICULTY WITH: MARK WITH AN "X" BELOW AND EXPLAIN WHERE INDICATED</b>  <i>(EL SOLICITANTE TIENE DIFICULTADES PARA: Marque con una "X" a continuación y explique según se indica)</i></p>						
	<p><b>Category of Activity</b> <i>(Categoría de Actividades)</i></p>	<p><b>Activity</b> <i>(Actividad)</i></p>	<p><b>Without Difficulty</b> <i>(Sin Dificultades)</i></p>	<p><b>With Some Difficulty</b> <i>(Con Cierta Dificultad)</i></p>	<p><b>With Much Difficulty</b> <i>(Con Mucha Dificultad)</i></p>	<p><b>Mostly Unable To Do</b> <i>(Prácticamente sin capacidad de hacerlo)</i></p>
<b>1</b>	<p><b>SELF CARE, PERSONAL HYGIENE:</b> Urinating, defecating, brushing teeth, combing hair, bathing, dressing oneself, eating</p> <p><i>(Cuidado personal, higiene: orinar, defecar, lavarse los dientes, peinarse, bañarse, vestirse solo, comer)</i></p>	Shower <i>(Ducharse)</i>				
		Bath <i>(Bañarse)</i>				
		Wash/Dry Body <i>(Lavarse y secarse el cuerpo)</i>				
		Wash and Dry Face <i>(Lavarse y secarse la cara)</i>				
		Turn On/Off Faucets <i>(Abrir y cerrar las llaves del lavabo)</i>				
		Brush Teeth <i>(Lavarse los dientes)</i>				
		Get On/Off Toilet <i>(Sentarse y pararse del inodoro)</i>				
		Comb/Brush Hair <i>(Peinarse/cepillarse el cabello)</i>				
		Dress Self <i>(Vestirse a sí mismo)</i>				
		Put On/Off Shoes/Socks <i>(Ponerse/sacarse medias/zapatos)</i>				
		Open a Carton of Milk <i>(Abrir un cartón de leche)</i>				
		Open a Jar <i>(Abrir un frasco)</i>				
		Lift Glass/Cup to Mouth <i>(Levantar un vaso/taza hacia la boca)</i>				
		Make a Meal <i>(Hacer de comer)</i>				
		Lift Fork/Spoon to Mouth <i>(Levantar un tenedor/cuchara hacia la boca)</i>				
<p><b>Describe other: bladder and bowel function difficulties, incontinence, retention, constipation?</b>  <i>(Describir otras: (dificultades de las funciones urinarias e intestinales: ¿incontinencia, retención, estreñimiento?)</i></p>						

	<b>Category of Activity</b> (Categoría de Actividades)	<b>Activity</b> (Actividad)	<b>Without Difficulty</b> (Sin Dificultades)	<b>With Some Difficulty</b> (Con Cierta Dificultad)	<b>With Much Difficulty</b> (Con Mucha Dificultad)	<b>Mostly Unable To Do</b> (Prácticamente sin capacidad de hacerlo)
<b>2</b>	<b>PHYSICAL ACTIVITY:</b> Standing, sitting, reclining, walking, climbing stairs  (Actividad Física: pararse, sentarse, inclinarse, caminar, subir escaleras)	<b>Stand</b> (Pararse)				
		<b>Sit</b> (Sentarse)				
		<b>Recline</b> (Reclinarse)				
		<b>Rise From a Chair</b> (Levantarse de una silla)				
		<b>Get In/Out of Bed</b> (Levantarse de la cama)				
		<b>Climb Flight of 10 Stairs</b> (Subir 10 escalones)				
		<b>Work Outdoors</b> (Trabajar afuera)				
		<b>Light Housework</b> (Tareas del hogar livianas)				
		<b>Shop/Do Errands</b> (Comprar/hacer mandados)				
		<b>Carry Groceries</b> (Cargar bolsa de mandados)				
		<b>Lift 5 lbs.</b> (Levantar 5 lbs.)				
		<b>Lift 10 lbs.</b> (Levantar 10 lbs.)				
		<b>Lift 20 lbs.</b> (Levantar 20 lbs.)				
		<b>Lift 30 lbs.</b> (Levantar 30 lbs.)				
		<b>Walk</b> (Caminar)				
		<b>Care for Children or Parents</b> (Cuidar a los hijos o a los padres)				
		<b>Engage in hobbies: music or crafts, etc. Indicate hobby</b> (Involucrarse en pasatiempos: música o manualidades, etc Indicar pasatiempo)				
		<b>Describe other: eating/chewing difficulty: TMJ</b> (Describir otras: dificultades para comer/masticar: ¿articulación temporomandibular?)				
<b>3</b>	<b>COMMUNICATION</b> writing, typing, seeing, hearing, speaking  (Comunicación: escribir, escribir a máquina, ver, oír, hablar)	<b>Write a Note</b> (Escribir una nota)				
		<b>Type a Message on a Computer/Typewriter</b> (Escribir un mensaje en una computadora/máquina de escribir)				
		<b>See a Television Screen</b> (Ver la pantalla del televisor)				
		<b>Use a Telephone</b> (Usar el teléfono)				
		<b>Speak Clearly</b> (Hablar claramente)				
		<b>Hear Clearly</b> (Escuchar claramente)				

		Describe Others: (Describir otras)				
	<b>Category of Activity</b> (Categoría de Actividades)	<b>Activity</b> (Actividad)	<b>Without Difficulty</b> (Sin Dificultades)	<b>With Some Difficulty</b> (Con Cierta Dificultad)	<b>With Much Difficulty</b> (Con Mucha Dificultad)	<b>Mostly Unable To Do</b> (Prácticamente sin capacidad de hacerlo)
<b>4</b>	<b>NONSPECIFIED HAND ACTIVITIES:</b> grasping, lifting, tactile, discrimination)  (Actividades manuales no especificadas: agarrar, levantar, tacto, discriminación)	<b>Pick Up Small Items</b> (Levantar objetos pequeños)				
		<b>Turn a Knob on a Door</b> (Girar la manija de una puerta)				
		<b>Write With a Pen/Pencil</b> (Escribir con un lápiz / una pluma)				
		<b>Steer Wheel of Car</b> (Manejar el volante de un automóvil)				
		<b>Describe Other:</b> (Describir otras):				
<b>5</b>	<b>SENSORY FUNCTION:</b> hearing, seeing, tactile feeling, tasting, smelling  (Función sensorial: escuchar, ver, sentir al tacto, saborear, oler)	<b>Feel What You Touch</b> (Sentir lo que toca)				
		<b>Taste What You Eat</b> (Saborear lo que come)				
		<b>Smell What You Eat</b> (Oler lo que come)				
		<b>Describe Other:</b> (Describir otras)				
<b>6</b>	<b>TRAVEL:</b> riding, driving, flying  (Viaje: montar, conducir, volar)	<b>Get In/Out of a Car</b> (Subir/bajar de un automóvil)				
		<b>Drive a Car</b> (Conducir un automóvil)				
		<b>Ride in a Car</b> (Viajar en automóvil)				
		<b>Fly in a Plane</b> (Volar en avión)				
		<b>Ride a Bicycle</b> (Andar en bicicleta)				
		<b>Describe Other:</b> (Describir otras)				

	<b>Category of Activity</b> (Categoría de Actividades)	<b>Activity</b> (Actividad)	<b>Without Difficulty</b> (Sin Dificultades)	<b>With Some Difficulty</b> (Con Cierta Dificultad)	<b>With Much Difficulty</b> (Con Mucha Dificultad)	<b>Mostly Unable To Do</b> (Prácticamente sin capacidad de hacerlo)
<b>7</b>	<b>SEXUAL FUNCTION:</b> orgasm, ejaculation, lubrication, erection  (Función sexual: orgasmo, eyaculación, lubricación, erección)	<b>Engage in sexual activity</b> (Tener relaciones sexuales)				
		<b>Describe specific difficulty: Orgasm, ejaculation, lubrication, erection</b> (Describir la dificultad específica: (¿orgasmo, eyaculación, lubricación, erección)				
<b>8</b>	<b>SLEEP:</b> restful sleep, nocturnal sleep pattern  (Sueño: sueño descansado, patrón de sueño nocturno)	<b>Get to Sleep</b> (Conseguir el sueño)				
		<b>Sleep Through the Night</b> (Dormir durante la noche)				
		<b>Have Restful Sleep</b> (Tener sueño descansado)				
		<b>Feel Refreshed After Sleep</b> (Sentirse renovado luego del sueño)				
		<b>Describe Specific Difficulty: (teeth grinding at night, excessive daytime fatigue, irritability, etc.)</b> (Describir dificultad específica: (bruxismo nocturno, fatiga excesiva durante el día, irritabilidad, etc.)				

**\*This chart is meant to assist the examining physician to place the Applicant in certain impairment categories when determining whole person impairment under the American Medical Association Guides to the Evaluation of Permanent Impairment (AMA) and in identifying body systems requiring referrals for Impairment evaluation.**

**\*Note: ADLS may indicate a serious condition requiring treatment.**

*\*Esta tabla se encuentra diseñada para ayudar al médico examinador a colocar al Solicitante en ciertas categorías de deterioro al determinar el deterioro general de la persona en virtud de los Lineamientos de la Asociación Médica Americana para la Evaluación del Deterioro Permanente (AMA) y en la identificación de sistemas en el organismo que requieren derivaciones para evaluaciones de deterioros.*

*\*Nota: Las actividades de la vida diaria (ADL, por su sigla en inglés) pueden indicar una condición seria que requiera tratamiento.*

**EPWORTH SLEEPINESS SCALE**  
*ESCALA DE LA SOMNOLENCIA DE EPWORTH*

**Patient Name (Nombre):** \_\_\_\_\_

**Date (Fecha):** \_\_\_\_\_

**Please rate your likelihood of falling asleep in the following situations: (circle a number in each row)**

*Por favor, indique la facilidad con que le entra sueño en las siguientes situaciones: (Círcule un número en cada línea)*

	Never (Nunca)	Sometimes (Alguna Veces)	Most Times (Casi Siempre)	Always (Siempre)
<b>Sitting and Reading</b> <i>(Sentando y Leyendo)</i>	0	1	2	3
<b>Watching Television</b> <i>(Mirando la Televisión)</i>	0	1	2	3
<b>Sitting in a Public Place</b> <i>(Sentando en Lugar Público)</i>	0	1	2	3
<b>Riding as a Passenger for 1 Hour</b> <i>(Yendo de Pasajero por 1 Hora)</i>	0	1	2	3
<b>Lying Down to Rest in the Afternoon</b> <i>(Acostarse para descansar por la tarde)</i>	0	1	2	3
<b>Sitting and Talking to Someone</b> <i>(Sentando y Hablando con Alguien)</i>	0	1	2	3
<b>Sitting After a Non-Alcohol Lunch</b> <i>(Sentando Despues de Comer, Sin Tomar Alcohol)</i>	0	1	2	3
<b>Stopped in Traffic</b> <i>(Parado en Tráfico)</i>	0	1	2	3

**TOTAL:**                                /24          

**Patient Signature:** \_\_\_\_\_

**Class 1:** 1%-9% impairment of the whole person. Reduced daytime alertness; sleep pattern such that individual can perform most activities of daily living.

**Class 2:** 10%-29% impairment of the whole person. Reduced daytime alertness. Interferes with ability to perform some activities of daily living.

**Class 3:** 30%-69% impairment of the whole person. Reduced daytime alertness; ability to perform activities of daily living significantly limited.

**Class 4:** 70%-90% impairment of the whole person. Reduced daytime alertness; individuals unable to care for self in any situations or manner.

**INDIVIDUAL'S REPORT OF EFFECT OF PAIN ON MOOD**

*(INFORME DEL EFECTO DEL DOLOR EN EL ESTADO DE ÁNIMO DEL INDIVIDUO)*

For each question below, circle the number which most accurately describes how your pain over the past week has affected your mood.

*(Para cada pregunta abajo, circule el número que describe lo más exactamente posible cómo su dolor durante la última semana ha afectado a su humor.)*

<p><b>1. Rate your <u>overall mood</u> during the past week. _____</b>  <i>(Evalúe su <u>estado de ánimo general</u> durante la semana pasada.)</i></p> <p align="center">0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10</p> <p><b>Extremely High/Good</b> <span style="float:right"><b>Extremely Low/Bad</b></span>  <i>(Extremadamente Arriba/Buena)</i> <span style="float:right"><i>(Extremadamente Bajo/Mala)</i></span></p>
<p><b>2. During the past week, how <u>anxious or worried</u> have you been because of your pain? _____</b>  <i>(Durante la semana pasada, ¿qué tan <u>nervioso o preocupado</u> ha estado debido a su dolor?)</i></p> <p align="center">0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10</p> <p><b>Not At All Anxious/Worried</b> <span style="float:right"><b>Extremely Anxious/Worried</b></span>  <i>(En Absoluto Ansioso/Se Preocupó)</i> <span style="float:right"><i>(Extremadamente Ansioso/Se Preocupó)</i></span></p>
<p><b>3. During the past week, how <u>depressed</u> have you become because of your pain? _____</b>  <i>(Durante la semana pasada, ¿qué tan <u>deprimido</u> ha estado debido a su dolor?)</i></p> <p align="center">0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10</p> <p><b>Not At All Depressed</b> <span style="float:right"><b>Extremely Depressed</b></span>  <i>(En Absoluto Deprimido)</i> <span style="float:right"><i>(Extremadamente Deprimido)</i></span></p>
<p><b>4. During the past week, how <u>irritable</u> have you become because of your pain? _____</b>  <i>(Durante la semana pasada, ¿qué tan <u>irritable</u> ha estado debido a su dolor?)</i></p> <p align="center">0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10</p> <p><b>Not At All Irritable</b> <span style="float:right"><b>Extremely Irritable</b></span>  <i>(En Absoluto Irritable)</i> <span style="float:right"><i>(Extremadamente Irritable)</i></span></p>
<p><b>5. In general, how anxious are you about performing activities because they <u>might make your pain/symptoms worse</u>? _____</b>  <i>(En general, ¿qué tan nervioso está por realizar actividades que <u>pueden llegar a empeorar el dolor/los síntomas</u>?)</i></p> <p align="center">0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10</p> <p><b>Not At All Anxious</b> <span style="float:right"><b>Extremely Anxious</b></span>  <i>(En Absoluto Ansioso)</i> <span style="float:right"><i>(Extremadamente Ansioso)</i></span></p>

*(For Physician Use Only) (Para el Uso del Médico Solamente)*

Sum Score of 1-5: \_\_\_\_\_

Total Pain Impairment Attributed to Mood State/5= \_\_\_\_\_

Mean Score= \_\_\_\_\_

Cocchiarella, Linda, and B.J. Andersson Gunnar. Guides to the Evaluation of Permanent Impairment. Table 18-4: Ratings Determining Impairment Associated with Pain: Individual's Report of Effect of Pain on Mood. 5th Edition (2004). American Medical Association. 577.

The Spine and Orthopedic Center  
401 East Carrillo Street  
Santa Barbara, CA 93101

PATIENT CONSENT TO DISCLOSE HEALTH INFORMATION TO A  
DESIGNATED REPRESENTATIVE

Patient Name: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

City, State, Zip: \_\_\_\_\_

I, (print your name) \_\_\_\_\_ hereby authorize  
The Spine and Orthopedic Center to disclose health information regarding me, my  
medical condition and related information to the following representative(s).

\_\_\_\_\_  
Designated Representative (print)

\_\_\_\_\_  
Relationship to Patient (print)

\_\_\_\_\_  
Designated Representative (print)

\_\_\_\_\_  
Relationship to Patient (print)

\_\_\_\_\_  
Designated Representative (print)

\_\_\_\_\_  
Relationship to Patient (print)

\_\_\_\_\_  
Patient Social Security Number

\_\_\_\_\_  
Patient Date of Birth

\_\_\_\_\_  
Patient Signature

\_\_\_\_\_  
Date Signed

\_\_\_\_\_  
Witness Signature

\_\_\_\_\_  
Date Signed

If you have authorized the disclosure of your health information to someone who is not legally required to keep it confidential, it may be re-disclosed and may no longer be protected. California Law prohibits recipients of your health information from re-disclosing such information except with your written authorization or as specifically required or permitted by law.

**The Spine and Orthopedic Center**  
401 E. Carrillo Street  
Santa Barbara, CA 93101  
(805) 563-3307

***PATIENT ACKNOWLEDGMENT OF RECEIPT OF:***

**NOTICE OF PRIVACY PRACTICES**

This is to acknowledge that I have read and understand Section I of the document entitled "Notification of Privacy Practices" provided by The Spine and Orthopedic Center. Also, I have reviewed Section II of this document, which provides more detail. I understand that these Privacy Practices are effective beginning April 14, 2003. I further understand that this Acknowledgment of Receipt will be retained in my records for a period of six (6) years from the date indicated below.

**Please sign your name and print your name and date on this acknowledgment form and return your signed acknowledgment to the Receptionist.**

Signature: \_\_\_\_\_

Printed Name: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_



## The Spine and Orthopedic Center

### **NOTICE OF PRIVACY PRACTICES**

**THIS NOTICE DESCRIBES HOW MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU MAY REQUEST ACCESS TO THIS INFORMATION. PLEASE REVIEW IT CAREFULLY.**

**Uses and Disclosures of Your Health Information.** Dr. Moelleken and his staff use health information about you for treatment, to obtain payment for treatment, and for administrative purposes, and to evaluate the quality of care that you receive. Continuity of care is part of treatment and your records may be shared with other healthcare providers and facilities to which you are referred. Information may be shared by paper mail, electronic mail, fax, or other methods. We may use or disclose identifiable health information about you without your authorization for routine care and for legal reasons as described in the following pages, but beyond those situations, we will ask for your written authorization before using or disclosing any identifiable health information about you.

**Your rights:** In most cases, you have the right to look at or get a copy of health information about you. These requests must be in writing and we will charge you reasonable retrieval and photocopy fees. You also have the right to receive a list of certain types of disclosures of your information that Dr. Moelleken made. If you believe that information in your records is incorrect, you have the right to request, in writing, that we correct the existing information.

**Complaints:** If you are concerned that we may have violated your privacy rights, or you disagree with a decision we made about access to your records, you may contact the person below. You may also send a written complaint to the U. S. Department of Health and Information Services. The person listed below can provide you with the appropriate address.

**Our legal duty:** We are required by law to protect the privacy of your information, provide this notice about our information practices, follow the information practices that are described in this notice, and seek your acknowledgment of receipt of this notice. Before we make a significant change in our policies, we will notify our then current patients of such change. For more information about our privacy practices, please contact the person listed below.

---

The Spine and Orthopedic Center  
401 East Carrillo St.  
Santa Barbara, CA 93101  
(805) 563-3307

**OUR PRIVACY PRACTICES**

---

**The following are examples of the types of uses and disclosures of your protected healthcare information that we are permitted to make. These examples are not meant to be exhaustive, but to describe the types of uses and disclosures.**

**Treatment:** Dr. Moelleken will use and disclose your protected health information to provide, coordinate, or manage your healthcare and any related services. For example, your protected health information may be provided to a doctor to whom you have been referred to ensure that the doctor has the necessary information to diagnose or treat you. **Payment:** We may use or disclose, as needed, your protected health information in order to support our business activities. For example, when we review employee performance, we may need to look at what an employee has documented in your medical record. **Business Associates:** We will share your protected health information with third part "business associates" that perform various activities (e.g. billing, transcription services). Whenever an arrangement between Dr. Moelleken and a business associate involves the use or disclosure of your protected health information, we will have a written contract that contains terms that will protect the privacy of your protected health information. **Other:** We may use or disclose certain health information in the course of providing you directly with information about treatment alternatives provided by Dr. Moelleken or upcoming appointment reminders.

### **Written Authorization**

Other uses and disclosures of your protected health information will be made only with your written authorization, unless otherwise permitted or required by law as described below. You may revoke this authorization, at any time, in writing.

### **Opportunity to Object**

We may use and disclose your protected health information in the following instances. You have the opportunity to object. If you are not present or able to object, then your provider may, using professional judgment, determine whether the disclosure is in your best interest.

Others involved in Your Healthcare: Members of the clergy will be told your religious affiliation. Emergencies: In an emergency situation, your provider shall try to provide you a Notice of Privacy Practices as soon as reasonably practical after the delivery of treatment. Communication Barriers: We may use and disclose your protected health information if your provider attempts to attain acknowledgment from you of the Notice of Privacy Practices but is unable to do so due to substantial communication barriers and the provider determines, using professional judgment, that you would agree.

---

## **OUR PRIVACY PRACTICES**

---

### **Without Opportunity to Object**

**We may use or disclose your protected health information in the following situations without your authorization or opportunity to object:**

Public Health: for public health purposes to a public health authority or to a person who is at risk of contracting or spreading your disease.

Health Oversight: to a health oversight agency for activities authorize by law, such as audits, investigations, and inspections.

Abuse or Neglect: to an appropriate authority to report child abuse or neglect, if we believe that you have been a victim of abuse, neglect, or domestic violence.

Food or Drug Administration: as required by the Food and Drug Administration to track products.

Legal Proceedings: in the course of legal proceedings.

Law Enforcement: for law enforcement purposes, such as pertaining to victims of a crime or to prevent a crime.

Coroners, Funeral Directors, and Organ Donation: for the coroner, medical examiner, or funeral director to perform duties authorized by law and for organ donation purposes.

Research: to researchers when an Institutional Review Board has approved their research.

Soldiers, Inmates, and National Security: to military supervisors or Armed Forces personnel or to custodians of inmates, as necessary. Preserving national security may also necessitate sharing protected health information.

Workers' Compensation: to comply with workers' compensation laws.

Compliance: to the Department of Health and Human Services to investigate our compliance.

**In general, we may use your protected health information as required by law and limited to the relevant requirements of the law.**

---

## **YOUR RIGHTS**

---

**The following is a statement of your rights with respect to your protected health information and a brief description of how you may exercise these rights.**

You have the right to request to inspect and obtain a copy of your protected health information. All requests must be in writing and reasonable retrieval time and fees, along with reasonable copying fees, will apply. We may refuse to provide access to certain psychotherapy notes or information for a civil or criminal proceeding.

You have the right to request a restriction of your protected health information. You may ask us not to use or disclose certain parts of your protected health information for treatment, payment, or healthcare operations. You may also request that information not be disclosed to family members or friends who may be involved in your care. Your request must state the specific restriction requested and to whom you want the restriction to apply. We are not required to agree to a restriction that you request, but if we do agree, then we must behave accordingly.

You have the right to request to receive confidential communications from us by alternative means or at an alternative location. We will accommodate reasonable requests. We may also condition this accommodation by asking you for information as to how payment will be handled or specification of an alternative address or other method of contact. We will not request an explanation from you as to the basis of this request.

You may have the right to have your provider amend your protected health information. You may request in writing an amendment of protected health information about you. If we deny your request for amendment, you have the right to file a statement of disagreement with us, and your medical record will note the disputed information.

You have the right to receive an accounting of certain disclosures Dr. Moelleken may have made. This right applies to disclosures for purposes other than treatment, payment, or healthcare operations. It excludes disclosures we may have made to you, to family members, or friends involved in your care, or for notification purposes. You have the right to receive specific information regarding these disclosures. The right to receive this information is subject to certain exceptions, restrictions, and limitations.

---

The Spine and Orthopedic Center  
401 East Carrillo Street  
Santa Barbara, CA 93101  
(805) 563-3307