


The Spine and Orthopedic Center
(The Spine and Orthopedic Center)
COMPREHENSIVE INTERVAL HISTORY FORM
(FORMULARIO DE HISTORIAL CLÍNICO DEL INTERVALO)

PATIENT (PACIENTE:) _____ DOB (FECHA DE NACIMIENTO:) _____ Today's Date (Fecha de hoy:) _____
 Last Name, First Name (Apellido, Nombre)

Mark these drawings using the symbols that best describe your pain:

(Marque estos dibujos con los símbolos que mejor describan su dolor:)

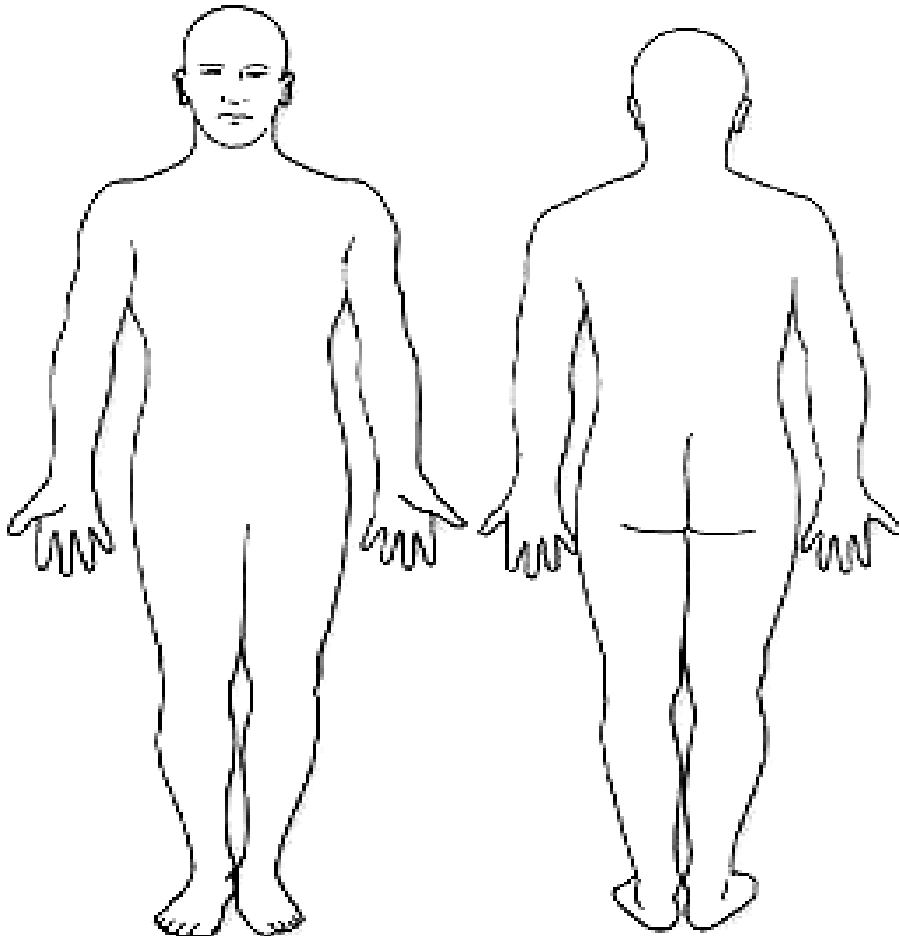
(To mark, select the sticky note symbol  and place on the body part.)

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

- | | | |
|---|---------------------------------------|--|
| Numbness = = = = = =
<i>(Entumecimiento)</i> | Aching ^ ^ ^ ^ ^ ^
<i>(Dolor)</i> | Pins and needles o o o o o o o
<i>(Hormigueo)</i> |
| Stabbing / / / / / / / / / /
<i>(Dolor punzante)</i> | Burning x x x x x x
<i>(Ardor)</i> | Cramping ● ● ● ● ● ●
<i>(Calambres)</i> |

FRONT
(PARTE DELANTERA)

BACK
(PARTE TRASERA)



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

What is the reason for your follow-up visit?
(¿Cuál es el motivo de su visita de seguimiento?)

Select the number that best describes your current Pain with "10" being the most severe.
(Seleccione el número que mejor describa su dolor actual, teniendo en cuenta qué "10" es el más intenso)

Back/Leg
(Espalda/Pierna)
Neck/Arm
(Cuello/Brazo)

Select what percent better or worse:
(Seleccione qué por ciento mejor o peor)

Are you working? Yes No
(¿Está trabajando?) (Sí No)

Full Duty _____ Modified Duty _____
(Todas las tareas) (Tareas modificadas)

When did you last work? _____
(¿Cuándo trabajó por última vez?)

How long/far can you:
(¿Durante cuánto tiempo/qué distancia puede hacer lo siguiente?)

Sit _____ Stand _____ Walk _____
(Estar sentado) (Estar de pie) (Caminar)

If you are using topical creams or lotions, please answer the questions in this box:
(Si está usando cremas o lociones tópicas, responda las preguntas de esta casilla:)

Which topical cream(s) or lotion(s) are you using – please list:
(¿Qué crema o loción tópica utiliza? Por favor, detalle:)

Does the topical cream or lotion help to decrease your pain level? Yes / No
(¿La crema o loción tópica lo ayuda a disminuir el nivel de dolor?) Sí No

Does this help you to sleep better? Yes / No
(¿Lo ayuda a dormir mejor?) Sí No

Does this allow you to take fewer oral medications (pills)? Yes / No
(¿Le permite tomar menos medicamentos por vía oral (píldoras)?) Sí No

Does this help your level of function (ability to do more things)? Yes / No
(¿Mejora su nivel de actividad (capacidad de hacer más cosas)?) Sí No

Additional comments on how the cream helps you:
(Comentarios adicionales sobre cómo lo ayuda la crema:)

Please list any side effects you experience from this medication:

(Por favor, indique cualquier efecto secundario que le provoque este medicamento.) _____

Medication #1:

(Medicamento n.º 1:)

Name: _____ Dose: _____ Frequency: _____

(Nombre)

(Dosis)

(Frecuencia)

How does this medication help your pain?

(¿Cómo alivia este medicamento su dolor?) _____

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)

(Seleccione uno)

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.) _____

Do you have stomach pain? Yes No
(¿Tiene dolor de estómago?) Sí No

Have you had any nausea or vomiting since your last visit? Yes No
(¿Ha tenido náuseas o vómitos desde su última visita?) Sí No

If yes, what is the cause? Please explain:

(En caso afirmativo, ¿cuál es la causa? Por favor, explique:)

Have you had any recent weight loss, fever, chills, or night sweats? Yes No
(¿Ha perdido peso o ha tenido fiebre, escalofríos o sudores nocturnos recientemente?) Sí No

Do you have any problems with your bowels/bladder? Yes No
(¿Tiene algún problema de los intestinos o la vejiga?) Sí No

If yes, please explain:

(En caso afirmativo, explique)

Select all that apply since your last visit:

(Seleccione todas las que correspondan desde su última visita:)

None apply Frequency Diarrhea Seizures Frequent Constipation
(Nada aplica) (Diarrea frecuente) (Convulsiones) (Estreñimiento frecuente)

Frequent Headaches Swollen ankles or legs Bleeding w/ Bowel Movement
(Dolores de cabeza frecuentes) (Inflamación de los tobillos o las piernas) (Sangrado durante la evacuación intestinal)

Thoughts of hurting myself or others Other: _____
(Pensamientos de hacerme daño a mí mismo o a otros) (Otro)

Are you receiving physical therapy or chiropractic treatment? Yes No
(¿Está recibiendo fisioterapia o tratamiento quiropráctico?) Sí No

If so where: _____ How many days per week: _____
(En caso afirmativo, indique el lugar:) (¿Cuántos días a la semana:)

What physical therapy or chiropractic treatments are you receiving?
(¿Qué tipo de fisioterapia o tratamiento quiropráctico está recibiendo?)

Have you had any acupuncture since your last visit? Yes / No
(¿Se ha realizado sesiones de acupuntura desde su última visita?) Sí No

Are you using any aids, such as : corset / cane / walker / body jacket / collar
(¿Está utilizando algún tipo de ayuda, por ejemplo:
(encierre en un círculo))

Have you had any medical tests since your last visit such as x-rays, MRI, blood tests, etc.? Yes / No
(¿Se ha realizado alguna prueba médica desde su última visita, como radiografías,
resonancia magnética, análisis de sangre, etc.?) Sí No

What and Where? _____
(Indique qué se realizó y dónde:)

Have you seen any other doctors since your last visit? Yes / No
(¿Ha visto a otros médicos desde su última visita?) Sí No
What has been changed or treated? _____
(¿Qué se ha modificado o tratado?)

Have you been treated at a hospital since your last visit? Yes / No
(¿Ha sido tratado en un hospital desde su última visita?) Sí No
Please explain: _____
(Por favor, explique)

Have you had any spinal injections since your last visit? Yes / No
(¿Le han administrado inyecciones en la columna desde su última visita?) (Sí / No)
If yes, are you: Better Worse Same
(En caso afirmativo, ¿cómo se siente?) (Mejor) (Peor) (Igual)

Any additional comments:
(Comentarios adicionales:)
