

PHYSICAL MEDICINE AND REHABILITATION (MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN)

INTERVENTIONAL SPINE (COLUMNA VERTEBRAL INTERVENCIONISTA)

Evaluation (Evaluación)

1. Name (Nombre): _____
2. Primary Care Physician (Médico de atención primaria) : _____
3. Who referred you? (¿Quién lo/a derivó?) _____
4. Age (Edad): _____
5. Gender (Sexo): __M __F
6. What is your **MAIN** pain complaint today? (¿Cuál es su dolor **PRINCIPAL** en la actualidad?)

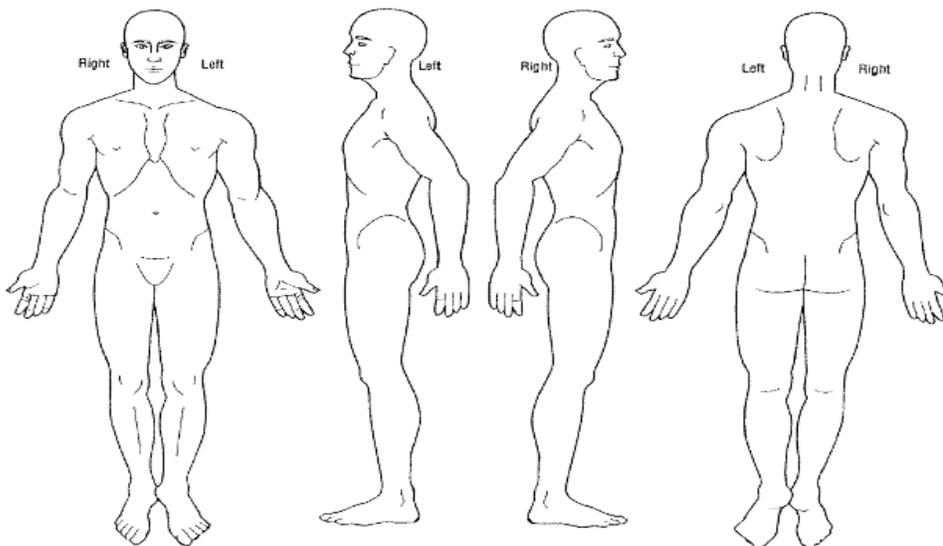
7. On a scale of 1 to 10 (10 being the worst pain imaginable) what is your pain **TODAY**?

(En una escala del 1 al 10 (siendo el 10 el peor dolor imaginable) ¿cómo calificaría su dolor **HOY**?)

(Please Circle (encierre con un círculo))

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

8. On the diagram below, place an **"X"** where **pain** is located and **"O"** where **numbness** is located:
(En el diagrama a continuación, coloque una **"X"** donde se ubica el **dolor** y **"O"** donde se ubica el **entumecimiento**):



9. Your pain is present (Su dolor está presente): (circle best answer (encierre con un círculo la mejor respuesta)):

Constantly (Constantemente) Frequently (Con frecuencia) Intermittently (De manera intermitente) Never (No hay dolor)

10. Describe your pain (Describa su dolor): (circle all that apply(encierre con un círculo la mejor respuesta)):

Burning (Ardiente) Shooting (Punzante) Tingling (Similar a un hormigueo) Throbbing (Palpitante) Numbness (Entumecedor) Dull (Leve)

Pressure (Opresivo) Cramping (Acalambrador) Ache (Persistente) Stabbing (Incisivo) Electric-Like (Similar a una descarga eléctrica)

11. Briefly describe when your pain started (Describe brevemente el momento en el que comenzó el dolor:

(a day ago(hace un día), week ago(hace una semana), month ago(hace un mes), year ago(hace un año)

12. What has been done for your pain to date (Lo que ha estado haciendo con respecto al dolor hasta la fecha):

(MRI(imágenes por resonancia magnética), X-ray (radiografías), EMG(electromiografía), injections (inyecciones), physical Therapy (fisioterapia), medication(fisioterapia), other(otro))

13. What makes your pain worse? (¿Qué empeora el dolor?)

Sitting (Estar sentado)	Standing (Estar parado)	Walking (Caminar)	Cough/Sneeze (Toser/Estornudar)
Lying down (Estar acostado)	Bowel movement (Evacuación intestinal)	Other: _____ (Otro)	

14. What makes it better? (¿Qué mejora el dolor?)

Rest (Descanso)	Massage (Masajes)	Injections (Inyecciones)	Medication (Medicamentos)	Physical Therapy (Fisioterapia)
	Chiropractic (Quiropráctica)		Acupuncture (Acupuntura)	

15. Does your pain interfere with your sleep? (¿Interfiere el dolor con el sueño?)

Yes (Si)	No (No)
-------------	------------

English**Spanish**

22. Are you experiencing any of the following?

22. ¿Está experimentando algo de lo siguiente?

Weight loss	yes	no
Weight gain	yes	no
Visual changes	yes	no
Dry eyes	yes	no
Hearing loss	yes	no
Easy Bruising	yes	no
Heat intolerance	yes	no
Cold intolerance	yes	no
Dry mouth	yes	no
Skin rashes	yes	no
Psoriasis	yes	no
Shortness of breath	yes	no
Cough/wheezing	yes	no
Chest pain	yes	no
Palpitations	yes	no
Upset stomach	yes	no
Heartburn	yes	no
Abdominal Pain	yes	no
Constipation	yes	no
Diarrhea	yes	no
Blood in stool	yes	no
Bowel incontinence	yes	no
Sexual Dysfunction	yes	no
Joint Pain	yes	no
Muscle Pain	yes	no
Headaches	yes	no
Seizures	yes	no
Dizziness	yes	no
Anxiety	yes	no
Depression	yes	no
Sleep difficulty	yes	no

Pérdida de peso	Sí	No
Aumento de peso	Sí	No
Cambios en la visión	Sí	No
Sequedad ocular	Sí	No
Pérdida de audición	Sí	No
Propensión a desarrollar hematomas	Sí	No
Intolerancia al calor	Sí	No
Intolerancia al frío	Sí	No
Sequedad de la boca	Sí	No
Erupciones cutáneas	Sí	No
Psoriasis	Sí	No
Falta de aire	Sí	No
Tos/sibilancias	Sí	No
Dolor en el pecho	Sí	No
Palpitaciones	Sí	No
Malestar estomacal	Sí	No
Acidez	Sí	No
Dolor abdominal	Sí	No
Constipación	Sí	No
Diarrea	Sí	No
Sangre en las deposiciones	Sí	No
Incontinencia intestinal	Sí	No
Disfunción sexual	Sí	No
Dolor en las articulaciones	Sí	No
Dolor muscular	Sí	No
Dolor de cabeza	Sí	No
Convulsiones	Sí	No
Mareos	Sí	No
Ansiedad	Sí	No
Depresión	Sí	No
Dificultad para dormir	Sí	No

23. Do you have a family history of:

23. Tiene historial familiar de:

Arthritis	yes	no
Autoimmune disease	yes	no
Diabetes	yes	no
High blood pressure	yes	no
Heart disease	yes	no
Stroke	yes	no
Psychiatric disease	yes	no

Arthritis	Sí	No
Enfermedad autoinmune	Sí	No
Diabetes	Sí	No
Presión arterial alta	Sí	No
Enfermedad cardiaca	Sí	No
Accidente cerebrovascular	Sí	No
Enfermedad psiquiátrica	Sí	No