AUSTIN REGIONAL CLINIC

Follow Up Visit (less than 6 months) | Visita de Seguimiento (menos de 6meses)

George "Buddy" Tipton, MD | ARC MPT Orthopedics
Board Certified, Fellowship Trained—Orthopedic Spine Surgery

Patient Name (Nombre del Paciente) **Date** (Fecha)

Height (Estatura) _____ **Weight** (Peso) _____

Treatments since last visit. Check all that apply: *(Tratamientos desde la última visita. Marque todos los que apliquen)*	**Better** *(Mejoró)*	**Worse** *(Empeoró)*	**No help** *(No ayudó)*
Anti-inflammatory meds *(medicamentos anti-inflamatorios)*	☐	☐	☐
Pain medication *(Analgésicos)*	☐	☐	☐
Therapy *(Terapia)*	☐	☐	☐
Cortisone shot *(inyección de cortisone)*	☐	☐	☐
Epidural steroid shot *(inyección de esteroides epidural)*	☐	☐	☐
Surgery *(Cirugía)*	☐	☐	☐

Have you had a new injury? *(¿ha tenido una nueva lesión?)* ☐ **Yes** (Sí) ☐ **No**

Do you have more weakness? *(¿tiene más debilidad?)* ☐ **Yes** (Sí) ☐ **No**

Work Status *(Estatus del trabajo):*
☐ Working full duty *(trabajo tiempo completo)* ☐ Light duty *(trabajo ligero)*
☐ Disabled *(Discapacitado)* ☐ Retired *(Retirado)* ☐ Doesn't Apply *(no aplica)*

Do you have any new medical conditions other than your back? *(¿Tienes alguna nueva condición médica que no sea tu espalda?)* ☐ **Yes** (Sí) ☐ **No**

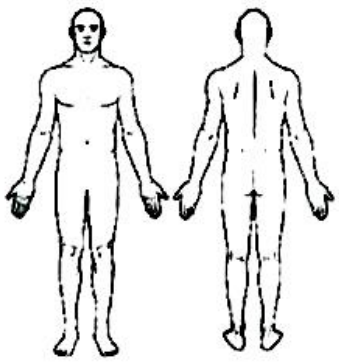
What level would you rate your pain now (circle)
(¿Qué nivel calificaría su dolor ahora? (círcule)

No pain *(sin dolor)* **0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10** **Most severe** *(más severo)*

Doctor use only:

Since your last visit are you: *(Desde su última visita usted está:)*
☐ **A lot better** *(mucho mejor)* ☐ **A little better** *(un poco mejor)*
☐ **No better** *(no he mejorado)* ☐ **Worse** *(peor)*

Please fill out the pain drawing below. Use these symbols on the drawings: **>>>** Ache**, XXX** Burning, ///Stabbing, □□□Numbness, **000** Pins &needles
*(Por favor complete el dibujo del dolor abajo. Utilice estos símbolos en los dibujos: **>>>** Dolor**, XXX** Ardor**, ///** cuchillos, □□□ entumecimiento, **000** ajugas)*



REVIEW OF SYSTEMS (REVISIÓN DE SISTEMAS)

Condition *(Condición)*	**Yes** *(Sí)*	**No**	**Condition** *(Condición)*	**Yes** *(Sí)*	**No**	**Condition** *(Condición)*	**Yes** *(Sí)*	**No**
Fever *(Fiebre)*			**Joint swelling** *(Inflamación de las articulaciones)*			**Dry mouth** *(Sequedad en la boca)*		
Unusual weight loss *(Pérdida de peso inusual)*			**Rash** *(Salpullido)*			**Heartburn or ulcers** *(Acidez estomacal o úlceras)*		
Weight gain *(Aumento de peso)*			**Skin infections** *(Infecciones de la piel)*			**Diarrhea** *(Diarrea)*		
Fatigue *(Fatiga)*			**Vision loss** *(Pérdida de visión)*			**Constipation** *(Estreñimiento)*		
Depression *(Depresión)*			**Blurring of vision** *(Visión borrosa)*			**Urinary Infections** *(Infecciones urinarias)*		
Sleep disturbances *(Trastornos del sueño)*			**Dry eyes** *(Resequedad en los ojos)*			**Recurrent urinary infection** *(Infección urinaria recurrente)*		
Joint pain *(Dolor de las articulaciones)*			**Hearing loss** *(La pérdida de audición)*			**Decreased Strength** *(Disminución de su fuerza)*		
Bruising *(Hematomas)*			**Decreased range of motion** *(Disminución del rango de movimiento)*			**Chest Pain** *(Dolor de pecho)*		
Drainage *(Drenaje)*			**Numbness of Extremities** *(Entumecimiento de las extremidades)*			**Cough** *(Tos)*		
Leg Swelling *(Hinchazón de las piernas)*			**Shortness of Breath** *(Dificultad para respirar)*			**Temperature change in the extremity** *(Cambio de temperatura en la extremidad)*		
Pain *(Dolor)*			**Comments:** *(Comentarios)*					