

ORTHOPEDIC HEALTH HISTORY (HISTORIA DE SALUD DE ORTOPEDIA)

First Name (Nombre): _____		Last Name (Apellido): _____		NOTE: This form provides information about your healthcare history, is confidential, and part of your medical record. If you do not understand a question or word, please ask for assistance. <i>(Este formulario proporciona información sobre su historial médico, es confidencial, y es parte de su archivo médico. Si usted no entiende alguna pregunta o alguna palabra, por favor pida ayuda.)</i>
Today's Date: (Fecha de hoy) _____				
Date of Birth: (Fecha de nacimiento) _____	Age : (Edad) _____	Preferred Language: (Idioma Preferido) _____	Race/Ethnicity: (Raza/Etnicidad) _____	
Primary Care Doctor/Provider: (Médico de atención primaria) _____		Referring Physician (Médico que lo refirió) : <input type="checkbox"/> Same as Primary Doctor (Igual que el Médico de atención primaria)		
Was this caused by an injury? <input type="checkbox"/> Yes (Si) <input type="checkbox"/> No (¿Fue esta causada por una lesión?)		Is this a work related injury? <input type="checkbox"/> Yes (Si) <input type="checkbox"/> No (¿Es esta una lesión relacionada con el trabajo?)		If yes, date of injury: (En caso afirmativo, fecha de la lesión) _____
Employer: (Empleador) _____		Occupation: (Ocupación) _____		

Are you allergic to any medications? <input type="checkbox"/> Yes (Si) <input type="checkbox"/> No (¿Es usted alérgico a algún medicamento?)		If yes, please list and state reaction: (En caso afirmativo, por favor indique y explique qué reacción tuvo): _____		
Do you have ANY other known allergies, including metals/nickel? <input type="checkbox"/> Yes (Si) <input type="checkbox"/> No (¿Tiene CUALQUIER otro tipo de alergia, incluyendo metales/níquel?)		If yes, please list and state reaction: (En caso afirmativo, por favor indique y explique qué reacción tuvo): _____		

HISTORY of CHIEF COMPLAINT (HISTORIA de la QUEJA PRINCIPAL)

1. **What body part are you seeing the doctor for today?** Right (Derecho) Left (Izquierda)
(¿El médico está viendo qué parte de su cuerpo hoy?) _____
2. **What is your complaint?**
(¿Cuál es su queja?) _____
3. **How did it start?** _____ **When?** (¿Cuándo?) _____
(¿Cómo empezó todo?)
4. **How severe is it?** Mild (Leve) Moderate (Moderado) Severe (Grave) Other (Otro) _____
(¿Lo malo es?)
5. **Clinical progression** (ex. not changed, improving, worsening):
(La progresión clínica - ex. no ha cambiado, mejorando, empeorando) _____
6. **What causes symptoms to worsen?** (ex. activity, rest, night-time)
(¿Qué causa los síntomas que empeoran? (ej. la actividad, el descanso nocturno) _____
7. **What causes symptoms to improve?**
(¿Qué causa los síntomas que mejoran? _____
8. **What remedies have you tried?**
(¿De qué recursos han intentado?) _____
9. **Have you had similar problems before?** (¿Ha tenido problemas similares antes?) Yes (Si) No
10. **Have you had previous injury or surgery in this area?** Yes (Si) No **If yes, when?** (¿Cuándo?) _____
(¿Ha tenido una lesión previa o cirugía en esta área?)

Current Height (Altura actual): _____	Current Weight (Peso actual): _____	
Preferred Pharmacy (Farmacia Preferida): _____		
Pharmacy Address & Phone # (Preferida – dirección y número de teléfono): _____		
List ALL medications you currently take. Specify each one below or provide a separate list. (Enumere todos los medicamentos que toma actualmente. Especifique cada uno abajo o proporcione una lista separada.)		
1. _____	4. _____	7. _____
2. _____	5. _____	8. _____
3. _____	6. _____	9. _____

Physician's Notes:

SOCIAL HISTORY (HISTORIA SOCIAL)

Tobacco Use (Uso del Tabaco): **Yes** (Sí) **No** **Packs per Day** (Paquetes por día): **.25** **.5** **1** **1.5** **2** **3** _____

Years of Use (Años de uso): **.5** **1** **2** **3** **4** **5** **10** **15** _____ **Quit Date** (mm/dd/yyyy): _____
 (Fecha de cuando dejó de usarlo - mm/dd/año)

Smokeless Tobacco (Tabaco sin humo/de mascar): **Yes** (Sí) **No** **Quit Date** (mm/dd/yyyy): _____
 (Fecha de cuando dejó de usarlo - mm/dd/año)

Ready to Quit (Listo para dejar de usar el tabaco) **Yes** (Sí) **No**

Comment (Comentario): _____

Alcohol Use (Uso de Alcohol): **Yes** (Sí) **No** **Comment** (Comentario): _____

<p>Drinks/Week: _____ glasses of wine (copas de vino) (Bebidas/Semana) _____ cans of beer (latas/botes de cerveza) _____ shots of liquor (tragos de licor) _____ drinks containing 0.5 oz of alcohol (bebidas con un contenido de 0.5 onzas de alcohol)</p>	<p>Alcohol/Week (Alcohol/Semana): _____</p>
---	--

FAMILY LIVING AT HOME (VIDA DE FAMILIA EN CASA)

Spouse or Partner? (Esposo(a) o pareja): **Yes** (Sí) **No**

Children or Dependents (Niños o dependientes): _____

*DR. TIPTON AND MICHAEL FARRIS, PA PATIENTS ONLY

Employer: _____ (Empleador)	Job Title: _____ (Nombre de su puesto)
---------------------------------------	--

Description of your normal job activities: _____ (Descripción de sus actividades diarias)	Time at this position: _____ (Tiempo que lleva trabajando en este puesto)
---	---

	Sitting (Sentado)	Standing (Parado)	Walking (Caminando)	Driving (Manejando)	Lifting (Cargando)
Total hours in a normal work day (Total de horas en un día laboral normal)					
Max time at one time at work (Tiempo máximo que labora normalmente)					

If lifting at work, what is the average weight? _____ **lbs.** **How many times per hour?** _____
 (Si levanta cosas pesadas en el trabajo, ¿cuál es el peso promedio?) (¿Cuántas veces por hora?)

Prior Treatments?

Anti-inflammatory: **Ibuprofen** (Ibuprofeno) **Aleve** (aleve) **Celebrex** (celebrex) **Mobic** (Mobic) **Other** (otro) _____

Results (Resultados): _____

Steroids (esteroides): **Cortisone Pills** (Pastillas de cortisona) **Cortisone Injection** (Inyecciones de cortisona)

Other (otro): _____ **Results** (Resultados): _____

Other Medications (otros medicamentos): _____ **Results** (Resultados): _____

Injections: **Epidural** (epidural) **Facet** (faceta) **Other** (otro) _____ **Results** (Resultados): _____

Spinal Surgery (cirugía de la columna): **Year/Procedures/Results** (Año/Procedimiento/Resultados)

Physical Therapy (Terapia Física): **Year/Procedures/Results** (Año/Procedimiento/Resultados)

Chiropractic (Quiropráctico): **Year/Procedures/Results** (Año/Procedimiento/Resultados)

Other Treatments (otros tratamientos): **Year/Procedures/Results** (Año/Procedimiento/Resultados)

Has your pain (Su dolor a): **Improved** (Mejorado) **Worsened** (Empeorado) **Not Changed** (no ha cambiado)

Is your pain (Su dolor es): **Constant** (Constante) **Intermittent** (Intermitente)

Prior tests for your complaint (Exámenes previos)

Text/Results (Exámenes/Resultados):

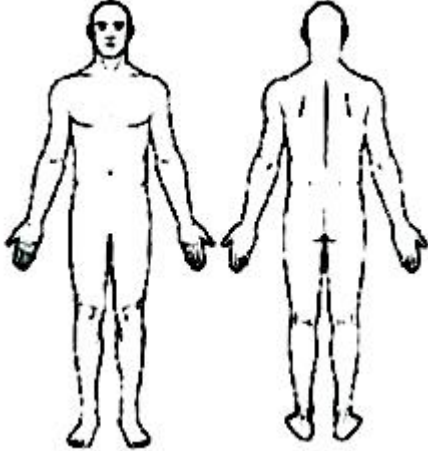
X-Ray (Rayos X) _____

MRI (Resonancia Magnética) _____

CT _____

Lab (Laboratorio) _____

Other (Otro) _____

How do the following affect your pain? (¿Cómo le afecta a su dolor lo siguiente?)	Worse Empeora	Better Mejora	No Change No cambia	Please fill out the pain drawing below, use these symbols on the drawings: (Por favor complete el dibujo según su dolor, utilice estos símbolos en los dibujos)				
Cough/Sneeze (Toser/estornudar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Sitting (Sentarse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	>>>: Ache (Dolor)	XXX : Burning (Ardor)	///: Stabbing (Puñalada)	□□□: Numbness (Entumecimiento)	000: Pins & Needles (piquetes y agujas)
Sit to Stand (Sentarse para pararse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Bending Forward (Inclinarse hacia enfrente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Standing (Pararse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Walking (Caminar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Lying on Stomach (Recostarse boca abajo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Nighttime (Dormir)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Looking Down (Mirar hacia abajo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Looking Up (Mirar hacia arriba)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Turning Head (Voltear la cabeza)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

What level would you rate your pain right now? (please circle) (¿Qué nivel de dolor siente en este momento? (circule su respuesta)

None 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Most Severe
Nada Muy severo

Physician Notes