

Patient Name (Nombre del Paciente) _____

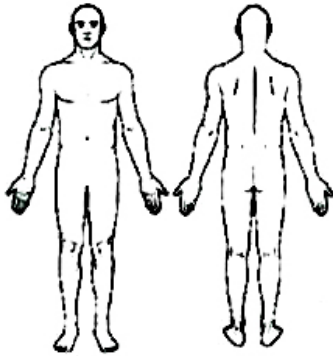
Date (Fecha) _____

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

Treatments since last visit. Check all that apply: <i>(Tratamientos desde la última visita. Marque todos los que apliquen)</i>	Better <i>(Mejoró)</i>	Worse <i>(Empeoró)</i>	No help <i>(No ayudó)</i>	Have you had a new injury? <i>(¿ha tenido una nueva lesión?)</i> <input type="checkbox"/> Yes (Sí) <input type="checkbox"/> No
				Do you have more weakness? <i>(¿tiene más debilidad?)</i> <input type="checkbox"/> Yes (Sí) <input type="checkbox"/> No
Anti-inflammatory meds <i>(medicamentos anti-inflamatorios)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Work Status <i>(Estatus del trabajo):</i> <input type="checkbox"/> Working full duty <i>(trabajo tiempo completo)</i> <input type="checkbox"/> Light duty <i>(trabajo ligero)</i> <input type="checkbox"/> Disabled <i>(Discapacitado)</i> <input type="checkbox"/> Retired <i>(Retirado)</i> <input type="checkbox"/> Doesn't Apply <i>(no aplica)</i>
Pain medication <i>(Analgésicos)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Do you have any new medical conditions other than your back? <i>(¿Tienes alguna nueva condición médica que no sea tu espalda?)</i> <input type="checkbox"/> Yes (Sí) <input type="checkbox"/> No
Therapy <i>(Terapia)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	What level would you rate your pain now (circle) <i>(¿Qué nivel calificaría su dolor ahora? (círcule)</i>
Cortisone shot <i>(inyección de cortisone)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No pain 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Most severe <i>(sin dolor) (más severo)</i>
Epidural steroid shot <i>(inyección de esteroides epidural)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doctor use only:
Surgery <i>(Cirugía)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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 agujas)

REVIEW OF SYSTEMS (REVISIÓN DE SISTEMAS)

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