



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): _____	<input type="checkbox"/> Adopted or History Unknown (Adoptado o historia desconocida)
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		Is this a work related injury? <input type="checkbox"/> Yes (Si) <input type="checkbox"/> No		If yes, date of injury: (En caso afirmativo, fecha de la lesion) _____
Employer: (Empleador) _____		Occupation: (Ocupación) _____		
Are you allergic to any medications? <input type="checkbox"/> Yes (Si) <input type="checkbox"/> No		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		If yes, please list and state reaction (En caso afirmativo, por favor indique y explique qué reacción tuvo): _____		

Physician Notes Only:

If you completed your Orthopedic Health History questionnaire in MyChart, answer only the questions in the gray box.
HISTORY of CHIEF COMPLAINT (HISTORIA de la QUEJA PRINCIPAL)

1. What body part are you seeing the doctor for today? (¿El médico está viendo qué parte de su cuerpo hoy?) Right (Derecho) Left (Izquierda) Body Part? (¿parte del cuerpo?) _____
2. What is your complaint? (¿Cuál es su queja?) _____
3. How did it start? (¿Cómo empezó todo?) _____ When? (¿Cuándo?) _____
4. How severe is it? (¿Lo malo es?) Mild (Leve) Moderate (Moderado) Severe (Grave) Other (Otro) _____
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? (¿Ha tenido una lesión previa o cirugía en esta área?) Yes (Si) No If yes, when? (¿Cuándo?) _____

Current Height (Altura actual): _____	Current Weight (Peso actual): _____	
Preferred Pharmacy (Farmacia Preferida): _____		
Pharmacy Address & Phone # (Preferida – dirección y numero 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. _____

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 (Erupción)			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 a 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 la 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 (Falta de Aliento)			Temperature change in the extremity (Cambio de Temperatura en la Extremidad)		
Pain (Dolor)			Burning on Urination (Ardor al Orinar)			Loss of Bladder/Bowel Control (Pérdida del Control al Orinar o Defecar)		

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): _____

MEDICAL HISTORY (HISTORIAL MÉDICO)

Diagnosis (Diagnóstico)	Yes (Sí)	No	Diagnosis (Diagnóstico)	Yes (Sí)	No	Diagnosis (Diagnóstico)	Yes (Sí)	No
Diabetes Mellitus (Diabetes Mellitus)			Hypertension – High Blood pressure (Presión Arterial Alta)			Gout (Gota)		
Glaucoma (Glaucoma)			Coronary Artery Disease (Enfermedad de la Arteria Coronaria)			Arthritis (Artritis)		
GI Bleeding/Ulcers (Hemorragia gastrointestinal/Úlceras)			Pacemaker (Marcapasos)			Rheumatoid Arthritis (Artritis Reumatoide)		
Diverticulitis (Diverticulitis)			Stroke (Derrame Cerebral)			Anxiety/Depression (Ansiedad/Depresión)		
Anemia (Anemia)			Bleeding Problems (Problemas de Sangrado)			Kidney Disease (Enfermedad del riñón)		
HIV/AIDS (VIH/SIDA)			Clotting Disorder (Trastorno de Coagulación)			Dialysis/Kidney Failure (Diálisis/La insuficiencia renal)		
Asthma (Asma)			Blood Thinners (Anticoagulantes)			Hepatitis (Hepatitis)		
Emphysema (Enfisema)			Varicosities/Phlebitis (Varices/Flebitis)			Thyroid Disease (Enfermedad de la Tiroides)		
Seizures (Convulsiones)			Hormone Problems (Problemas Hormonales)					
Cancer (Cáncer)			If yes, what type of cancer and where? (En caso afirmativo, qué tipo de cáncer y dónde?)					

Other medical history (Otro historial medico): _____

SURGICAL HISTORY (ANTECEDENTES QUIRÚRGICA)

Diagnosis (Diagnóstico)	Yes (Sí)	No	Diagnosis (Diagnóstico)	Yes (Sí)	No	Diagnosis (Diagnóstico)	Yes (Sí)	No
Hip Surgery (Cirugía de Cadera)			Bunionectomy (Bunionectomía)			Breast Surgery (Cirugía de mama)		
Knee Surgery (Cirugía de la Rodilla)			Carpal Tunnel Release (La liberación del túnel carpiano)			Oophorectomy/Ovariectomy (Ooforectomía/Ovariectomía)		
Shoulder Surgery (Cirugía del Hombro)			Appendectomy (Apendectomía)			Hysterectomy (Histerectomía)		
Rotator Cuff Tear (Desgarro del Manguito Rotadores)			Tonsillectomy (Amigdalectomía)			Gynecologic Cryosurgery (Ginecológica criocirugía)		
Back Surgery (Cirugía de la espalda)			Vein Surgery (Cirugía de la vena)			Prostate Surgery (Cirugía de la próstata)		
Fracture Surgery (Cirugía de Fractura)			Heart Surgery (Cirugía de corazón)			Hernia Repair (Reparación de la hernia)		
Amputation (Amputación)			Pacemaker (Marcapasos)			Cholecystectomy/Gallbladder Removal (Colecistectomía-extirpación de la vesícula)		
Cancer Surgery (Cirugía del Cáncer)								

Other surgical history (Otro historial de cirugía): _____

FAMILY HISTORY (ANTECEDENTES FAMILIARES)

<input type="checkbox"/> Adopted or History Unknown (Adoptado/a o historia desconocida)	Heart Failure (Insuficiencia Cardíaca)	Cancer (Cáncer)	Arthritis (Artritis)	Rheumatoid Arthritis (Artritis Reumatoide)	Lupus (Lupus)	Gout (Gota)	Diabetes (Diabetes)	Congenital Disease (Enfermedad Congénita)	Muscle Disease (Enfermedad Muscular)	Blood Clots (Coágulos de Sangre)	Bleeding Disorder (Trastorno de la Coagulación)	Died at Age: (Murió a la edad)							
Relationship (Relación)																			
Mother (Madre)																			
Age of onset (Edad de inicio):																			
Father (Padre)																			
Age of onset (Edad de inicio):																			

Details (Detalles): _____

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** **Former Smoker** (Ex fumador) **Yes** (Sí) **No**

Comment (Comentario): _____

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

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

*** MICHAEL FARRIS, PA PATIENTS ONLY**

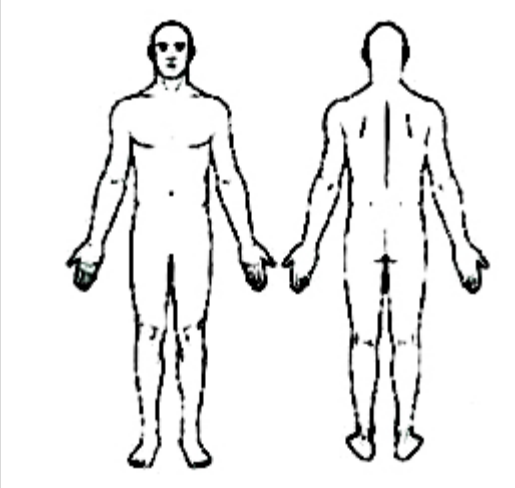
Employer: (Empleador)	Job Title: (Nombre de su puesto)
Description of your normal job activities: (Descripción de sus actividades diarias)	Time at this position: (Tiempo que lleva trabajando en este puesto)

	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) _____ Lab (Laboratorio) _____
 MRI (Resonancia Magnética) _____ Other (Otro) _____
 CT _____

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"/>	>>>: Ache (Dolor)	XXX: Burning (Ardor)	///: Stabbing (Puñalada)	□□□: Numbness (Entumecimiento)	000: Pins & Needles (piquetes y agujas)
Sitting (Sentarse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
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 (Voltrear 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)

***Michael Farris, PA Notes Only:**

