

## PATIENT INFORMATION

Date \_\_\_\_\_  
*Fecha*

Name \_\_\_\_\_ Social Security # \_\_\_\_\_ Home Phone # \_\_\_\_\_  
*Nombre Segura Social Tel Casa*

Address \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip Code \_\_\_\_\_  
*Direccion Ciudad Estado Codifo Postal*

Age \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_ Sex M \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_ Single \_\_\_\_\_ Married \_\_\_\_\_  
*Edad Fecha de Nacimiento Sexo M F Spitero Casado*

Patient employed by \_\_\_\_\_ Work Phone # \_\_\_\_\_  
*Paiente Empleado Por Tel. Trebaio*

Date your pain began \_\_\_\_\_ Did it occur suddenly \_\_\_\_\_ or gradually \_\_\_\_\_  
*Fecha del comienzo de su dolor Leocurriorepentinamente o gradualmente*

In case of emergency who should be notified? \_\_\_\_\_ Phone # \_\_\_\_\_  
*En caso de emergencia a quien se la notificara?*

### PRESENT SYMPTOMS / Sintomas Presentes

CIRCLE WHICH APPLIES *Circule et que aplica*

Pain <i>Dolor</i>	Stiffness <i>Tieso</i>	Tingling <i>Hornigueo</i>	Numbness <i>Entumecimiento</i>	Additional Symptoms <i>Sintomas adicionales</i>
P	S	T	N	Neck <i>Cuello</i>
P	S	T	N	Headache <i>Dolor de cabeza</i>
P	S	T	N	Tension <i>Tension</i>
P	S	T	N	Mid back <i>Espalda</i>
P	S	T	N	Low back <i>Cintura</i>
P	S	T	N	Dizziness <i>Mareos</i>
P	S	T	N	Shoulder <i>Hombro</i>
P	S	T	N	Nervousness <i>Nerviosismo</i>
P	S	T	N	Arm <i>Brazo</i>
P	S	T	N	Fatigue <i>Fatiga</i>
P	S	T	N	Hand <i>Mano</i>
P	S	T	N	Insomnia <i>Insomnio</i>
P	S	T	N	Hip <i>Cadero</i>
P	S	T	N	Difficulty breathing <i>Dificultad al respirar</i>
P	S	T	N	Knee <i>Rodilla</i>
P	S	T	N	Irritability <i>Irritable</i>
P	S	T	N	Leg <i>Pierna</i>
P	S	T	N	Muscle Spasm <i>Tension muscular</i>
P	S	T	N	Foot <i>Pie</i>
P	S	T	N	Chest <i>Pecho</i>
P	S	T	N	<b>Aggravated By</b> <i>Agravados por</i>
P	S	T	N	Head <i>Cabeza</i>
P	S	T	N	Lifting <i>Levantarse</i>
P	S	T	N	Bending <i>Agacharse</i>
P	S	T	N	Eyes/Ears <i>Ojos/orejas</i>
P	S	T	N	Abdomin <i>Estomago</i>
				Standing <i>Pararse</i>
				Walking <i>Caminando</i>
				Sitting <i>Sentarse</i>
				Lying Down <i>Acostarse</i>

### HISTORY OF COMPLAINT / Queja Historial

Other symptoms than above \_\_\_\_\_  
*Otros sintomas no mencionados*

Have you lost time from work? Yes No How many days lost? \_\_\_\_\_ Dates From \_\_\_\_\_ Thru \_\_\_\_\_  
*A perdido tiempo en su trabajo Si No Cuantos dias ha perdido Desde la fecha de Hacia*

Have you gone to the emergency room for this condition? Yes No Date \_\_\_\_\_ Where \_\_\_\_\_  
*A usted sido hospitalizado por esta condicion (estado) Si No Fecha Donde*

Have you been hospitalized for this condition? Yes No Date \_\_\_\_\_ Where \_\_\_\_\_  
*A usted sido hospitalizado por esta condicion (estado) Si No Fecha Donde*

Have you seen any other doctors for this condition? Yes No Date \_\_\_\_\_ Doctor \_\_\_\_\_  
*A visto algun otro doctoria por esta condicion (estado) Si No Fecha Doctor*

Address \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_  
*Direccion Ciudad Estado Codigo posta Telefono*

### PAYMENT INFORMATION/Informacion del pago

I clearly understand and agree that all services rendered to me are charged directly to me and that I am personally responsible for payment. I also understand that if I suspend or terminate my care and treatment, any fees for professional services rendered to me will be immediately due and payable.  
*Yo entiendo claramente y estoy de acuerdo que todos los servicios que se me hagan sean cobrados a mi; yo personalmente me hago responsable por el pago. Tambien entiendo que si paro o suspendo mi tratamiento y cuidado do tos servicios profesionales hacia mi persona seran inmediatamente pagado.*

Patient's Signature \_\_\_\_\_  
*Firma del paciente*

Date \_\_\_\_\_  
*Fecha*

# TABLA DE DOLOR

## DATOS PERSONALES

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de Archivo: \_\_\_\_\_

Su peso: \_\_\_\_\_ Libras Estatura: \_\_\_\_\_ Pies \_\_\_\_\_ Pulgadas

Por favor describa su condición:

\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: / /

## MUESTRENOS A DONDE LE DUELE

Por favor señale las áreas donde está lesionado(a) o tiene dolor, así como muestran las figuras de abajo. Marque todas las áreas con el símbolo apropiado e indique el grado de dolor usando la escala del 1 (malestar) al 10 (estremadamente doloroso).  Marque con un círculo las áreas de dolor que no estan representadas por ningún símbolo.

Descripción → Insensible      Hormigueo y agujas      Ardor      Dolor      Pinchazos  
 Símbolo →      NNNN      PPPP      BBBB      AAAA      SSSS

Ejemplo

Lado Derecho

Frente

Derecha      Izquierda      Izquierda      Derecha

Espalda

Lado Izquierdo

## NOTAS DEL DOCTOR

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_