

Name/Nombre: _____ D.O.B: _____ Tobacco/Tabaco Use? Yes/Sí No

● Where is your pain? /¿Dónde está el dolor? _____

● Draw your pain on the diagram. → → → *Dibuje su dolor en el diagrama.* → → →

● Circle your lowest AND highest daily pain score (2 numbers). *Circule su más bajo y el más alto puntaje de dolor.* (0=No pain/No dolor) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (10=Worse/El peor)

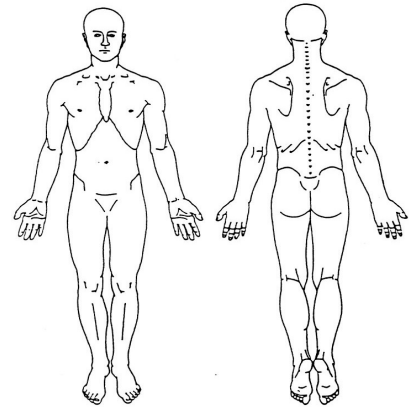
Mild Moderate Severe

● How is your pain control? *¿Cómo es su control del dolor?*
 ()Better/Mejor ()Good/Bueno ()Fair/regular ()Poor/Malo Other/Otro: _____

● If better, how much? _____% ● Si mejor, ¿cuánto? _____%

● Physical Therapy: ()helped you ()Not helped you ()Worsen your pain ()No difference
 Terapia física: ()eficaz ()No efectivo ()Empeora el dolor ()No hizo ninguna diferencia.

● Current Meds/ Actual Meds: _____



● Take blood thinners? *¿Toma anticoagulantes?* No Yes/Sí, Names/Nombres: _____

● What makes the pain better? ()Meds ()Injections: _____ ()Nothing ()Other _____
 ¿Qué hace el dolor mejor? ()Medicinas ()Inyecciones: _____ ()Nada ()Otro _____

● What makes the pain worse? ()Daily activities ()Walking ()Standing ()Sitting ()Anything ()Using Hands ()Head turning
 ¿Qué hace el dolor el peor? ()actividades diarias ()caminando ()colocación ()sentada ()cualquier cosa ()usando las manos ()volviendo la cabeza

● Describe your pain. ()Aching ()Sharp ()Burning ()Numbness ()Tingling ()Weakness; Other: _____
 Describa su dolor. ()dolor ()agudo ()quemadura ()entumecimiento ()el zumbido ()debilidad; Otro: _____

● How is your daily functioning? ()Improved ()Good ()Fair ()Poor Other: _____
 ¿Cómo su diario está funcionando? ()Mejorado ()Bueno ()Regular ()Malo Otro: _____

● How is your mood? ()Improved ()Good ()Fair ()Poor Other: _____
 ¿Cómo su diario está funcionando? ()Mejorado ()Bueno ()Regular ()Malo Otro: _____

● Any side effects from your pain medications? ()None; ()Yes: _____
 ¿Efectos secundarios de sus medicaciones de dolor? ()Ninguno; ()Sí: _____

● Any New Test (e.g. MRI, CT, Xrays, blood work), Medical Problems, or Surgeries since your last visit? ()No ()Yes, What?
 Cualquier nueva prueba (e.g. MRI, CT, X-ray, análisis de sangre), problemas médicos o cirugías desde su última visita? ()No ()Sí, ¿Qué?

● Additional Comments: _____

● Review of Systems: Check (✓) below all that apply to you. ()None ●Cheque (✓) todos que se apliquen a usted. ()Ninguno

Gen: ()Fever/ Fiebres ()Weight loss/ Pérdida de peso Skin/Piel: ()Itching/picazón ()Rash/erupcion

Neurological: ()Confusion/Confusión ()Insomnia/Insomnio Gastrointestinal: ()Poor appetite/Falta de apetito ()Nausea/náusea

Psychiatric: ()Anxiety/Ansiedad ()Depression/Depresión () Suicidal Thoughts/Suicida ()Seeing Psychiatrist/Psychologist/Primary MD

● I certify that the above information is true. / Yo certifico que la información anterior es verdadera.

Name/Nombre: _____ Signature/Firma: _____ Date/Fecha: _____

This space for office use only. MJ (card?), Benzo FDA form (con't, d/c), BAD, Schizoph, Asthma, CHF, COPD, CRF, Liver, Kid Dz, OSA.
 Pending/Plan: MRI/CT: C T L, Xrays: PT, Injs: ESI Facets SIJ Knee Hip Shdr. C/s: NS Ortho Neuro Rheum

BP: _____
 BMI: _____
 Auth. Needed: _____