

NAME/NOMBRE

DATE/FECHA

Have you changed your address in the last 6 months? If so, please list new address and phone number.

Ah cambiado direccion en los ultimos 6 meses? Si responde SI, por favor escriba la nueva direccion y numero de telefono.

PRESENT COMPLAINTS/ MOLESTIAS PRESENTES

PLEASE CHECK ALL ANSWERS AND FILL IN THE BLANKS WHERE APPROPRIATE.

POR FAVOR LEA LAS RESPUESTAS Y LLENE LOS ESPACIOS EN BLANCO APROPIADAMENTE.

The information you provide concerning past and present symptoms and diseases assists your doctor in obtaining an early understanding of your state of health.

La informacion que usted provea correspondientes a los sintomas y enfermedades del pasado y presentes ayuda al doctor a obtener y comprender su estado de salud.

Present Complaint/Molestias Presentes:

When did this problem begin: specific date if possible? _____ (most recent onset)

Cuando comenzo la molestia: especifique la fecha si es posible? _____ (el mas reciente caso)

Did this problem begin: () Immediately after a specific incident () Uneventfully () Gradually developed over time

Este problema comenzo: () Inmediatamente despues de un incidente especifico () Derrepente () Fue gradualmente despues de un tiempo desarrollandose.

If this problem began after a specific incident, PLEASE EXPLAIN: _____

Si este problema comenzo despues de un incidente especifico, POR FAVOR EXPLIQUELO

Is complaint a result of Auto Accident?

Work Related?

EL malestar es resultado por accidente en auto?

En el lugar de Trabajo?

Have you seen anyone else for this condition? () Yes () No. If yes by: () Chiropractor () MD () Therapist () Other

Ah visto a alguien mas por esta condicion? () Si () No. Si la respuesta es afirmativa a quien: () Quiropractico

() Medico General () Terapeuta () Otro

(Specify dates and type of treatment/Especifique fechas y tipo de tratamiento)

Describe current pain (YOU MAY CHECK ONE OR MORE ANSWERS)

Describe como es el dolor () Sharp/Stabbing / **Agudo/Desgarrante** () Dull / **Tolerable**

() Soreness / **Adolorido** () Weakness / **Debilidad** () Throbbing/Gnawing / **Pulsante**

() Numbness / **Adormecimiento** () Shooting / **Punsante** () Gripping/Confining / **Presionante o Desgarrador**

How often are the complaints present? () Constant, _____ hours per day, _____ days per week, _____ days per month.

Que tan seguido le duele actualmente? () **Constante**, _____ horas al dia, _____ dias a la semana, _____ dias al mes

If you were to describe the intensity of the pain would you say its () Mild/Dull () Moderate

() Severe/Excruciating/Agonizing

Si pudiera describir la intensidad del dolor lo explicaria asi:

() **Mediano/Tolerable** () **Moderado** () **Severo /Agonizante**

Since your problem began is the pain: () Increasing () Decreasing () Not changing

Desde que su problema comenzo el dolor: () **Aumento** () **Disminuyo** () **No hay cambio**

Indicate how your symptoms are affected by physical activity:

Indique como le afecta en su actividad fisica lo sintomas:

() Symptoms are unaffected by rest, exercise, etc.

() **Los Sintomas no me afectan cuando, descanso, hago ejercicio, etc.**

() Symptoms increase with, or are made worse by, exercise or physical activity.

() **Los Sintomas aumentan o empeoran cuando, hago ejercicio o actividad fisica**

() Symptoms increase with, or are made worse by, rest or inactivity.

() **Los sintomas aumentan o son mas fuertes al descansar o al estar inactivo.**

Are your complaints affecting your ability to work or otherwise be active?

Las molestias afectan su habilidad para trabajar o en alguna otra actividad?

() No Effect / **No me Afecta** () Need assistance often / **Necesito ayuda muy seguido**

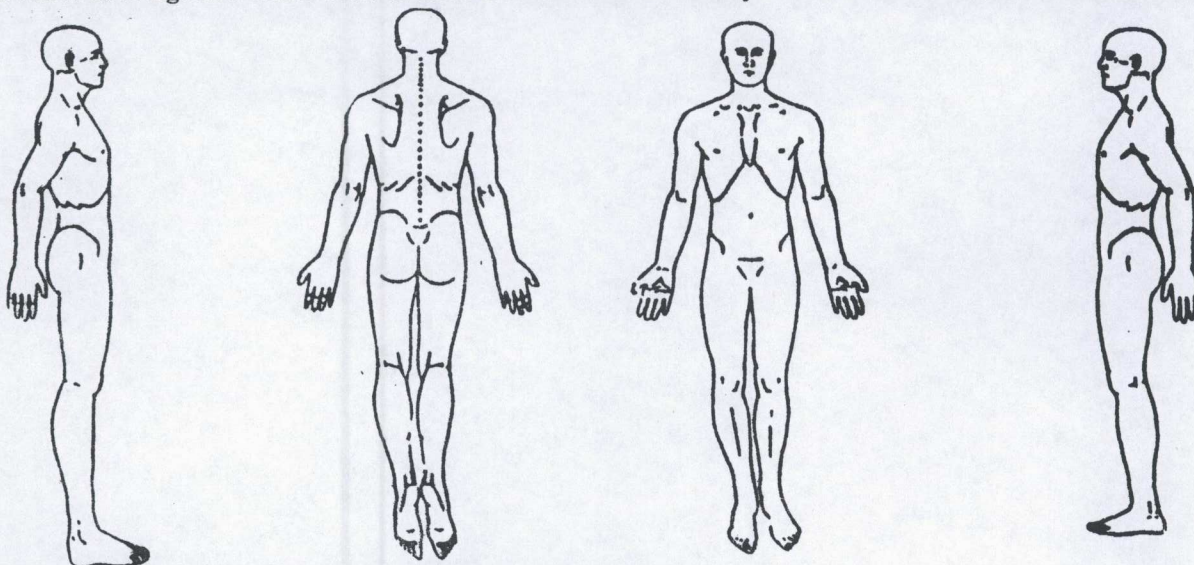
() Some physical restrictions (able to perform light duty work and household tasks) / **Algunas restricciones fisicas (puedo hacer trabajos ligeros y que haceres de casa)**

() Need limited assistance with common everyday tasks. / **Necesito ayuda limitada con algunas tareas comunes del diario vivir.**

() Have a significant inability to function without assistance. / **Tengo una incapacidad muy significativa y no puedo hacer nada sin ayuda**

() Am totally disabled (Impaired). Cannot care for self. / **Soy discapacitado (No puedo cuidarme solo)**

Mark an X on the picture where you have had pain or other symptoms. Include symptoms of pain, numbness or tingling
 Marque con X en la figura a donde tiene el dolor u otros sintomas. Incluya sintomas de dolor, adormecimiento o sensacion



ONLY NEW PATIENTS COMPLETE THE REMAINDER OF THIS FORM:
 PACIENTES NUEVOS COMPLETE LO SIGUIENTE

Below are listed common symptoms which may suggest the presence of an aliment involving a particular body system. If you have ever had a listed symptom in the past, please check that symptom in the left hand column. If you are presently troubled by a particular symptom, check that symptom in the right hand column.

Abajo esta un listado de sintomas comunes que quisa sugiere la presencia de alimentos involucrados en el sistema. Si usted ha tenido sintomas en el pasado, por favor marque estos sintomas en la columna del lado izquierdo. Si en el presente esta pasando por un sintoma en particular, marque en la columna del lado derecho.

Past	<u>MUSCULOSKELETAL</u>	Present	Past	<u>RESPIRATORY</u>	Present
	Neck Pain				
()	Dolor de cuello	()	()	Shortness of Breath / Respiration Corta	()
	Shoulder Pain				
()	Dolor de Hombro	()	()	Chronic Pain / Dolor Cronico	()
	Pain in Upper Arm or Elbow				
()	Dolor en el brazo o codo	()	()	Chronic Cough / Tos Cronica	()
	Hand Pain /				
()	Dolor en la Mano	()	()	Chronic Sinusitis / Sinositis Cronica	()
	Upper Back Pain				
()	Dolor arriba de la Espalda	()			
	Low Back Pain				
()	Dolor en parte baja de la Espalda	()	Past	<u>GYNECOLOGIC</u>	Present
	Pain in Upper Leg or Hip				
()	Dolor en Pierna o Cadera	()		Pain During Menstruation	
	Pain in Lower Leg of Knee		()	Dolor Menstrual	()
()	Dolor en la Rodilla o asia abajo	()	()	Irregular Menstrual Flow	
	Pain in Ankle or Foot		()	Sangrado Irregular	()
()	Dolor en el Tobillo o en el Pie	()	()	Spotting / Minimas Manchas de Sangre	()
()	Jaw Pain / Dolor de Quijada	()		Menopausal Symptoms	
	Swelling of Joints (Specify Joints)		()	Sintomas de Menopausia	()
()	Inflamacion de las collonturas (especifique) ()			Last menstrual period Date:	
	Stiffness of joints (Specify Joints)		()	Fecha del ultimo periodo menstrual: _____	()
	Collonturas Tensas (especifique)	()		Do you use contraceptive Devices:	
			()	Usa algun medio de anticonceptivo intra-uterino? _____	()