

PATIENT INFORMATION
PLEASE FILL OUT COMPLETELY

NEUROMUSCULAR THERAPY CENTER, INC.

Por favor llene la forma completamente

Date: _____
Fecha

Name: _____ SSN: _____
Nombre: _____ Seguro Social

Local Address: _____ Local Phone: _____
Direccion local Telefono Local

City: _____ State: _____ Zip: _____ County: _____
Ciudad Estado Zip Condado

Primary Address: _____ Primary Phone: _____
Direccion Primaria Telefono Primario

City: _____ State: _____ Zip: _____ County: _____
Ciudad Estado Zip Condado

Additional Phones: Cell: _____ Work: _____ Ext: _____ Pager: _____
Telefonos adicionales: Celular Trabajo: Ext: Pager:

Employer's Name / City: _____ Occupation: _____
Empleador / Ciudad Ocupacion

Age: _____ DOB: _____ Male / Female: _____ Emergency Contact / Phone: _____
Edad: Fecha nacimiento Masc. / Femen. Contacto de Emergencia / Telefono

Referring Physician: _____ Phone: _____ Fax: _____ Last Visit: _____
Doctor que lo refiere Telefono Fax: Ultima Visita

Primary Physician: _____ Phone: _____ Fax: _____ Last Visit: _____
Doctor personal Telefono Fax: Ultima Visita

Cause of present problem (include onset date): _____
Causa del presente problema (incluya la fecha de inicio)

Any related or unrelated accidents or injuries?: _____
Otros accidentes o heridas relacionadas o no relacionadas?

What treatment have you had for this problem?: _____
Que tratamiento ha tenido para este problema?

What helps relieve symptoms? _____
Que mejora los sintomas?

Present Complaints: Average pain level (scale of 1-10): _____ Is pain intermittent ___ constant ___ fluctuates ___
Presentes quejas: Dolor promedio (escala de 1 - 10) Dolor intermitente ___ constante ___ fluctua

Pain increases by doing: _____ Pain decreases by doing: _____
Dolor aumenta haciendo: Dolor disminuye haciendo:

Symptoms worse in AM ___ PM ___ Day ___ Night ___ Since onset, are you better ___ worse ___ same ___
Síntomas peor en AM ___ PM ___ Día ___ Noche ___ Desde que empezaste te sientes: mejor ___ peor ___ igual

Any diagnostic tests? _____ Results: _____
Algún test diagnóstico? _____ Resultados: _____

Have you ever been treated for any of the following?: High blood pressure ___ Diabetes ___ Cancer ___ CVA ___
Has sido tratado por lo siguiente? Presión Alta ___ Diabetes ___ Cancer ___ AVE

Heart problems ___ Rheumatic diseases ___ Joint replacement ___ Wear orthotic braces ___
Problemas cardíacos ___ Enfermedad Reumática ___ Reemplazo articular ___ Usa plantillas

Your medical history (significant events): _____
Su historia médica (eventos importantes): _____

Your parents medical history (significant events): _____
historia médica de sus padres (eventos importantes): _____

List all past surgeries: _____
Lista de sus pasadas operaciones: _____

List all medications, vitamins, and herbal supplements you are presently taking: _____
Lista de todas sus medicaciones, suplementos de hierba y vitaminas que Ud. este tomando ahora.

List any problems caused by your condition: Around the house _____
Problemas causados por su condición de salud: En la casa

At work: _____ Recreation and exercise: _____
En el trabajo Recreación y ejercicio:

Have you ever experienced or suffered from any of the following?:
Ha Ud. experimentado o sufre alguna de las siguientes condiciones?:

_____ Arthritis _____ Headache or vision problems _____ Hearing problems / Ear noises
Artritis Dolor de cabeza o problemas Problemas auditivos / Ruidos en oídos

_____ Bone spurs _____ Muscle spasms _____ Tingling or numbness in _____
Depositos óseos Espasmos musculares Calambre o adormecimiento en

_____ Dizziness / Loss of balance _____ Falling / Fainting _____ Fatigue / Shortness of breath
Mareos o pérdida del balance Caídas / Desmayos Fatiga / Jadeo

_____ Chest pains _____ Fearfulness or depression _____ Sleeping problems
Dolor de pecho Miedo o depresión Problemas de sueño

_____ Thyroid problems _____ Digestive problems _____ Kidney, liver, or gallbladder problems
Problemas de la tiroides Problemas de digestión Problemas de hígado, riñón, o vesícula biliar

_____ Bladder trouble _____ Prostate problems _____ Pregnancy or menstruation problems
Problemas de vejiga Problemas de próstata Problemas del embarazo o menstruación

Home profile: Type of floor _____ Age of mattress _____ Cervical pillow _____
 Tipo de casa: Tipo de piso _____ Años del colchon _____ Almohada cervical _____

What type of footwear do you wear around the house? _____ At work _____
 Que tipo de calzado usa en la casa? _____ En el trabajo _____

Have you had physical therapy before? _____ Was the outcome favorable? _____ Why or why not? _____
 Ha tenido terapia física antes? _____ Como fue el resultado? _____ Por que? _____

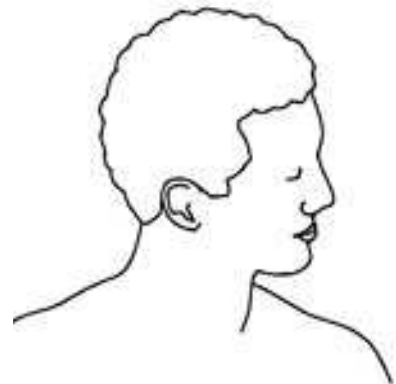
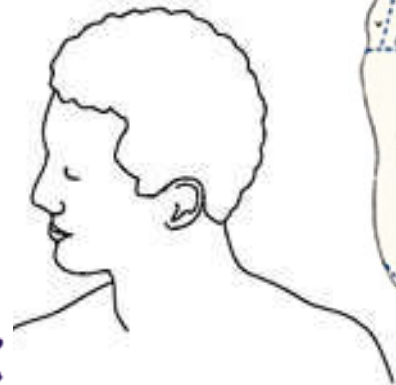
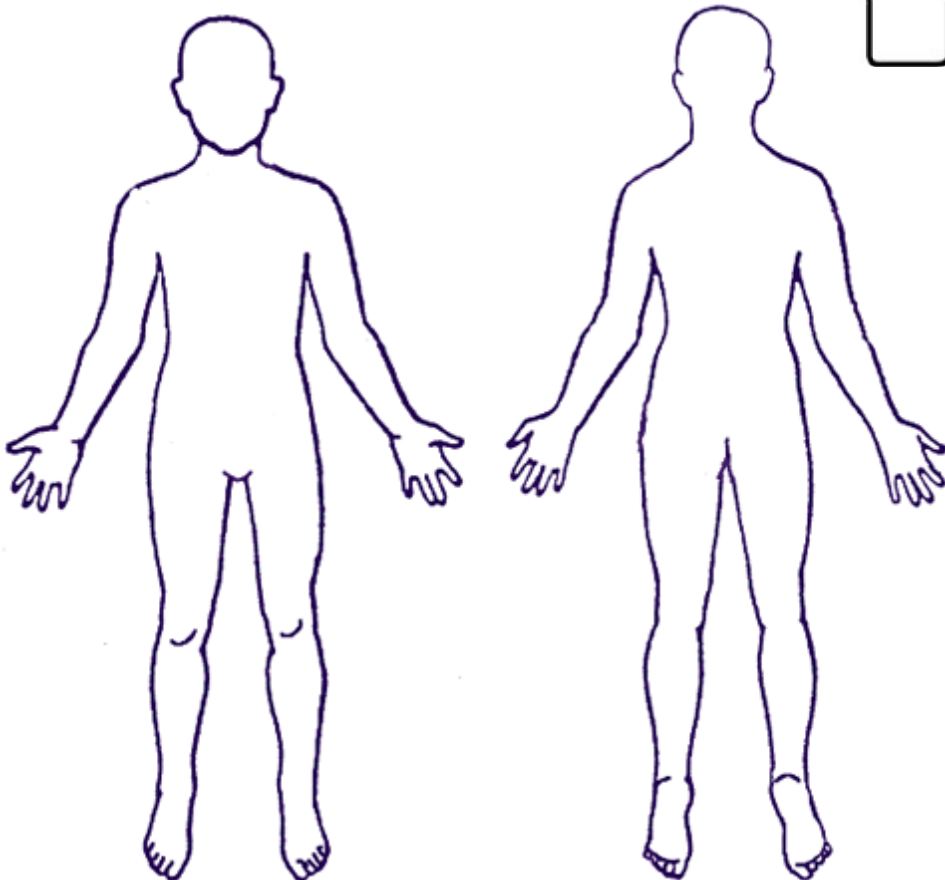
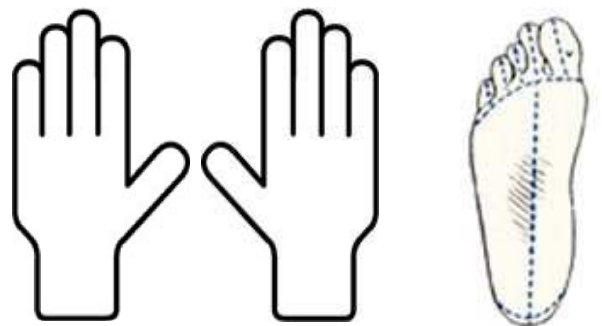
What are your expectations from our therapy? _____
 Que espera de nuestra terapia? _____

Is there anything that might prevent you from keeping all your prescribed therapy appointments? _____
 Hay algo que le pueda impedir mantener sus citas a terapia? _____

Any other important information we should know about you or your condition? _____
 Alguna otra importante informacion que deberiamos saber acerca de su condicion? _____

Use the symbols in the box to mark the location and the type of pain or sensations you are feeling.
 Use los simbolos en el cuadro para marcar la ubicacion, tipo de dolor o sensaciones que este sintiendo

>>>>	Aching Pain	Dolor profundo
xxx	Burning Pain	Dolor quemante
===	Numbness & Tingling	Anestesiado o Acalambrado
/////	Stabbing Pain	Dolor penetrante
•••	Pins & Needles	Sensacion de pinchazos o agujas
⊗⊗	Restricted Movement	Movimiento restringido

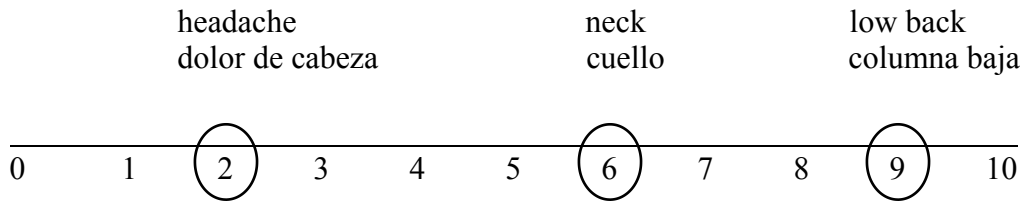


VISUAL ANALOG SCALE

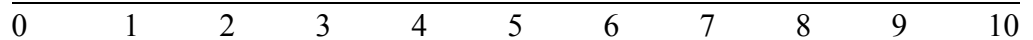
INSTRUCTIONS: Please circle the number which best describes the question being asked.
If you have more than one complaint, please answer each question for each individual complaint, and indicate which score is for which complaint.

INSTRUCCIONES: Por favor marque el numero que mejor responda la pregunta. Si Ud. tiene mas de una queja por cada pregunta, indique el nivel de dolor.

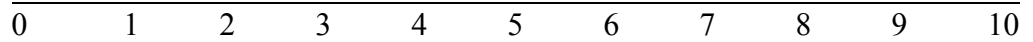
EXAMPLE: 0 = no pain 5 = moderate pain 10 = take me to the emergency room
EJEMPLO: 0 = no dolor 5 = dolor moderado 10 = llevenme a la sala de emergencia



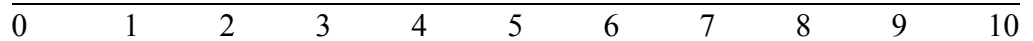
What is your pain RIGHT NOW?
Cual es su dolor ahora?



What is your AVERAGE pain?
Que promedio es su dolor?

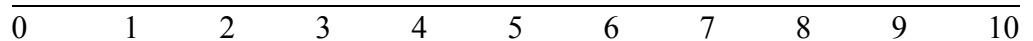


What is your pain AT ITS LOWEST LEVEL?
Cual es el nivel MAS BAJO DE DOLOR?



What percentage of your awake hours is your pain at its lowest level? _____ %
Que porcentaje de sus horas despierto(a) mantiene un dolor mas bajo?

What is your pain AT ITS WORST LEVEL?
Cual es el nivel MAS ALTO DE DOLOR?



What percentage of your awake hours is your pain at its worst level? _____ %
Qué porcentaje de sus horas despiertas es su dolor en sus peores niveles?