

## ESTABLISHED NEW ORTHOPEDIC PROBLEM – QUESTIONNAIRE

<b>First Name</b> (Nombre): _____		<b>Last Name</b> (Apellido): _____		<b>NOTE:</b> 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>
<b>Today's Date:</b> (Fecha de hoy) _____				
<b>Date of birth:</b> (Fecha de nacimiento) _____	<b>Age :</b> (Edad) _____	<b>Preferred Language:</b> (Idioma Preferido) _____	<b>Race/Ethnicity:</b> (Raza/Etnicidad) _____	
<b>Primary Care Doctor/Provider:</b> (Médico de atención primaria) _____		<b>Referring Physician</b> (Médico que lo refirió) : <input type="checkbox"/> Same as Primary Doctor (Igual que el Médico de atención primaria)		
<b>Was this caused by an injury?</b> <input type="checkbox"/> Yes (Si) <input type="checkbox"/> No (¿Fue esta causada por una lesión?)		<b>Is this a work related injury?</b> <input type="checkbox"/> Yes (Si) <input type="checkbox"/> No (¿Es esta una lesión relacionada con el trabajo?)		<b>If yes, date of injury:</b> (En caso afirmativo, fecha de la lesión) _____
<b>Employer:</b> (Empleador) _____		<b>Occupation:</b> (Ocupación) _____		

<b>Are you allergic to any medications?</b> <input type="checkbox"/> Yes (Si) <input type="checkbox"/> No (¿Es usted alérgico a algún medicamento?)		<b>If yes, please list and state reaction:</b> (En caso afirmativo, por favor indique y explique qué reacción tuviste): _____		
<hr/> <hr/>				

### HISTORY of CHIEF COMPLAINT (HISTORIA de la QUEJA PRINCIPAL)

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

<b>Current height</b> (Altura actual): _____	<b>Current weight</b> (Peso actual): _____	
<b>Preferred Pharmacy</b> (Farmacia Preferida): _____		
<b>Pharmacy address &amp; phone #</b> (Preferida – dirección y numero de teléfono): _____		
<b>List ALL medications you currently take. Specify each one below or provide a separate list.</b> (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. _____

**Physician's Notes:**

**REVIEW OF SYSTEMS (REVISIÓN DE SISTEMAS)**

Condition (Condición)	Yes (Sí)	No	Condition (Condición)	Yes (Sí)	No	Condition (Condición)	Yes (Sí)	No
<b>Fever</b> (Fiebre)			<b>Joint swelling</b> (Inflamación de las articulaciones)			<b>Dry mouth</b> (Sequedad en la boca)		
<b>Unusual weight loss</b> (Pérdida de peso inusual)			<b>Rash</b> (Erupción)			<b>Heartburn or ulcers</b> (Acidez estomacal o úlceras)		
<b>Weight gain</b> (El aumento de peso)			<b>Skin infections</b> (Infecciones de la piel)			<b>Diarrhea</b> (Diarrea)		
<b>Fatigue</b> (Fatiga)			<b>Vision loss</b> (Pérdida de a visión)			<b>Constipation</b> (Estreñimiento)		
<b>Depression</b> (Depresión)			<b>Blurring of vision</b> (Visión borrosa)			<b>Frequent urinations</b> (Orinar con frecuencia)		
<b>Sleep disturbances</b> (Trastornos del sueño)			<b>Dry eyes</b> (Ressequedad en los ojos)			<b>Recurrent urinary infection</b> (Infección urinaria recurrente)		
<b>Joint pain</b> (Dolor de las articulaciones)			<b>Hearing loss</b> (La pérdida de audición)			<b>Decreased Strength</b> (disminucion de la fuerza)		
<b>Bruising</b> (Hematomas)			<b>Decreased range of motion</b> (Disminución del rango de movimiento)			<b>Chest Pain</b> (Dolor de pecho)		
<b>Drainage</b> (Drenaje)			<b>Numbness of Extremities</b> (Entumecimiento de las extremidades)			<b>Cough</b> (Tos)		
<b>Leg Swelling</b> (Hinchazón de las piernas)			<b>Shortness of Breath</b> (Falta de aliento)					
<b>Pain</b> (Dolor)								

**MEDICAL HISTORY (HISTORIAL MÉDICO)**

Diagnosis (Diagnóstico)	Yes (Sí)	No	Diagnosis (Diagnóstico)	Yes (Sí)	No	Diagnosis (Diagnóstico)	Yes (Sí)	No
<b>Diabetes mellitus</b> (Diabetes mellitus)			<b>Hypertension – high blood pressure</b> (Alta presión arterial)			<b>Gout</b> (Gota)		
<b>Glaucoma</b> (Glaucoma)			<b>Coronary artery disease</b> (Enfermedad de la arteria coronaria)			<b>Arthritis</b> (Artritis)		
<b>GI Bleeding/Ulcers</b> (Hemorragia gastrointestinal/Úlceras)			<b>Pacemaker</b> (Marcapasos)			<b>Rheumatoid arthritis</b> (La artritis reumatoide)		
<b>Diverticulitis</b> (Diverticulitis)			<b>Stroke</b> (Derrame cerebral)			<b>Anxiety/Depression</b> (Ansiedad/Depresión)		
<b>Anemia</b> (Anemia)			<b>Bleeding problems</b> (Problemas de sangrado)			<b>Kidney disease</b> (Enfermedad del riñon)		
<b>HIV/AIDS</b> (VIH/SIDA)			<b>Clotting disorder</b> (Trastorno de coagulación)			<b>Dialysis/Kidney failure</b> (Diálisis/La insuficiencia renal)		
<b>Asthma</b> (Asma)			<b>Blood thinners</b> (Anticoagulantes)			<b>Hepatitis</b> (Hepatitis)		
<b>Emphysema</b> (Enfisema)			<b>Varicosities/Phlebitis</b> (Varices/Flebitis)			<b>Thyroid disease</b> (Enfermedad de la tiroides)		
<b>Seizures</b> (Convulsiones)			<b>Hormone problems</b> (Problemas hormonales)					
<b>Cancer</b> (Cáncer)			<b>If yes, what type of cancer and where?</b> (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
<b>Hip surgery</b> (Cirugía de cadera)			<b>Bunionectomy</b> (Bunionectomía)			<b>Breast Surgery</b> (Cirugía de mama)		
<b>Knee surgery</b> (Cirugía de la rodilla)			<b>Carpal tunnel release</b> (La liberación del túnel carpiano)			<b>Oophorectomy/Ovariectomy</b> (Ooforectomía/Ovariectomía)		
<b>Shoulder surgery</b> (Cirugía del hombro)			<b>Appendectomy</b> (Apendectomía)			<b>Hysterectomy</b> (Histerectomía)		
<b>Rotator cuff tear</b> (Desgarro del manguito rotadores)			<b>Tonsillectomy</b> (Amigdalectomía)			<b>Gynecologic cryosurgery</b> (Ginecológica criocirugía)		
<b>Back surgery</b> (Cirugía de la espalda)			<b>Vein surgery</b> (Cirugía de la vena)			<b>Prostate surgery</b> (Cirugía de la próstata)		
<b>Fracture Surgery</b> (Cirugía de fractura)			<b>Heart surgery</b> (Cirugía de corazón)			<b>Hernia repair</b> (Reparación de la hernia)		
<b>Amputation</b> (Amputación)			<b>Pacemaker</b> (Marcapasos)			<b>Cholecystectomy/Gallbladder removal</b> (Colecistectomía-extirpación de la vesícula)		
<b>Cancer Surgery</b> (Cirugía del cáncer)			<b>Other surgical history</b> (Otro historial de cirugía):					

**FAMILY HISTORY (ANTECEDENTES FAMILIARES)**

<input type="checkbox"/> <b>Adopted or history unknown</b> (Adoptado/a Adoptado o historia desconocida)																		
<b>Relationship</b> (Relación)	<b>Heart failure</b> (Insuficiencia cardíaca)	<b>Cancer</b> (Cáncer)	<b>Arthritis</b> (Artritis)	<b>Rheumatoid arthritis</b> (La artritis reumatoide)	<b>Lupus</b> (Lupus)	<b>Gout</b> (Gota)	<b>Diabetes</b> (Diabetes)	<b>Congenital Disease</b> (Enfermedad congénita)	<b>Muscle disease</b> (Enfermedad muscular)	<b>Blood clots</b> (Los coágulos de sangre)	<b>Bleeding Disorder</b> (Trastorno de la coagulación)	<b>Died at Age:</b> (Murió a la edad)						
<b>Mother</b> (Madre)																		
<b>Age of onset</b> (La edad de inicio):																		
<b>Father</b> (Padre)																		
<b>Age of onset</b> (La edad de inicio):																		
<b>Details</b> (Detalles):																		