

PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE

QUESTIONARIO DE SALUD

Patient's name: _____ **DOB:** _____
[Nombre] Fecha de nacimiento:

Age: _____ **Height:** _____ **Weight:** _____
[Edad] [Estatura] [Peso]

YOUR CURRENT PROBLEM

SU PROBLEMA ACTUAL

Reason for today's visit: _____
[Motivo por la visita de hoy]

Date of onset/duration of symptoms? _____
[Fecha de inicio / duración de los síntomas]

Injury or accident related, give detail? _____
[Relacionado a una lesión o accidente, detalles]

Studies performed/date: [] X-Rays _____ [] MRI _____ [] Other: _____
Estudios realizados / fecha: [Rayos-X] [Resonancia magnética] [Otros estudios]

PAST MEDICAL HISTORY -

HISTORIA MEDICA-

Please check boxes of any past medical problems that you have had

Por favor, marque las casillas con los problemas médicos anteriores que ha tenido

- | | | | | |
|---|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> AIDS/ HIV positive
SIDA / VIH | <input type="checkbox"/> Emphysema
Enfisema | <input type="checkbox"/> Pacemaker
Marcapasos | <input type="checkbox"/> Ulcers/ Colitis
Úlceras o colitis <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> High / Low Blood Pressure
Alta / Baja presión arterial | <input type="checkbox"/> Thyroid disease
Problemas de tiroide | <input type="checkbox"/> Kidney failure
Insuficiencia renal | <input type="checkbox"/> Lung Disease
Enfermedad pulmonar | |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis A, B or C
Hepatitis A, B o C | <input type="checkbox"/> Stent | <input type="checkbox"/> Drug-Eluting | <input type="checkbox"/> Venereal disease | <input type="checkbox"/> Cancer |
| | Stent / Liberador de fármaco | | Enfermedades venéreas | Cáncer |
| <input type="checkbox"/> Anemia / Blood Disorder
Anemia/ Trastorno de la sangre | <input type="checkbox"/> Epilepsy/seizures
Epilepsia o convulsiones | | <input type="checkbox"/> Psychiatric problems
Problemas psiquiátricos | |
| <input type="checkbox"/> Artificial Joints
Articulaciones artificiales | <input type="checkbox"/> Heart Attack/ Stroke
Ataque cardíaco / derrame cerebral | | <input type="checkbox"/> Pulmonary Embolism
Embolia pulmonal | |
| <input type="checkbox"/> Arthritis
Artritis | <input type="checkbox"/> Hemophilia/Abnormal Bleeding
Hemofilia / sangrado anormal | | <input type="checkbox"/> Scarlet fever
Fiebre escarlatina | |
| <input type="checkbox"/> Congenital Heart defect
Defectos congénitas del corazón | <input type="checkbox"/> Vascular disease
Enfermedad vascular | | <input type="checkbox"/> Mitral Valve Prolapsed
Prolapso de la válvula mitral | |
| <input type="checkbox"/> Congestive Heart Failure
Insuficiencia Cardíaca Congestiva | <input type="checkbox"/> Diabetes Type I or II
Diabetes tipo I o II | | <input type="checkbox"/> Asthma
Asma | |

MEDICATIONS

MEDICAMENTOS

Please list all medications including over the counter medicines, herbals and prescription medications that you take. *Anote todos los medicamentos, incluya los medicamentos de venta libre, hierbas y medicamentos con receta que usted toma.*

Medication Dose Frequency

Medicamento y Frecuencia de dosis

Medication Dose Frequency

Medicamento y Frecuencia de dosis

ALLERGIES

ALERGIAS

No Known Allergies **Penicillin** **Sulfa** **Aspirin** **Iodine** **Latex** **Adhesive tape**
No Alergias conocidas Penicilina Sulfa Aspirina Yodo Látex Cinta adhesiva

Other (please specify): _____
Otros (especificar)

PAIN/SYMPTOMS

DOLOR/SINTOMAS

Describe your current pain level on a scale of 1 to 10

Describe su nivel de dolor en una escala del 1 al 10

- 0-1 No pain** *No hay dolor*
- 2-3 Mild pain [Does not interfere with most activities. Able to adapt to pain psychologically and with medications. 2-3 dolor leve [No interfiere con la mayoría de las actividades. Capaz de adaptarse al dolor psicológico y con medicamentos**
- 4-5 Discomforting- moderate [Interferes with many activities. Requires lifestyle changes but patients remain independent. Unable to adapt to pain. 4-5 incómodo-moderado [interfiere con muchas actividades. Requiere cambios de estilo de vida, pero los pacientes siguen siendo independientes. Incapaz de adaptarse al dolor.**
- 6-7 Distressing- severe pain [Unable to engage in normal activities. Patient is disabled and unable to function independently. 6-7 angustiante-dolor intenso [No se puede participar en actividades normales. El paciente está incapacitado y no puede funcionar de manera independiente.**
- 8-9 Intense- very severe pain [Chronic pain, inflammation, or swelling not relieved by rest] 8-9 Intenso, muy fuerte dolor [dolor crónico, inflamación o hinchazón que no se alivia con descanso.**
- 10 Unbearable pain** *10 Dolor insoportable*

Type of Symptoms you are currently experiencing (circle as applicable): Swelling, stiffness, Instability, inability to bear full weight, locking, limping. *Tipo de síntomas que está experimentando actualmente (marque según corresponda): Hinchazón, rigidez, inestabilidad, incapacidad para soportar todo el peso, cojeando*

Pain /symptoms interfere with activities of daily living causing inactivity (circle as applicable) such as: walking, sitting, squatting, standing, bending, exercising, driving, routine house chores. *El dolor o los síntomas interfieren con las actividades de la vida diaria, causando inactividad (círcule según corresponda), tales como: caminar, sentarse, cuclillas, pararse de pie, agacharse, hacer ejercicio, manejar, tareas domésticas de rutina*

Other: _____
[Otros síntomas:]

Type of walking aid you use, if any: Wheelchair, walker, cane, crutches, brace **NONE**
Tipo de ayuda para caminar: silla de ruedas, andador, bastón, muletas, rodillera **NINGUNO**

CONSERVATIVE TREATMENT **TRATAMIENTO CONSERVATIVO**

Please specify type of conservative treatment tried and failed for the last 3 months, as it may apply to you, please specify duration of therapy, include date or year if possible. *Por favor, especifique el tipo de tratamiento conservador intentado y fracasado en los últimos 3 meses en su caso, especifique la duración del tratamiento, incluyendo la fecha y el año si es posible*

- Anti-inflammatory medication (over- the- counter and as a prescription such as Motrin, Aleve, Voltaren, Celebrex, etc):** _____
Medicación antiinflamatoria (como Motrin, Aleve, Voltaren, Celebrex, etc)
- Analgesic, pain medication (such as Vicodin, Oxycodone)** _____
Medicamentos Analgésicos para el dolor (como Vicodin, oxicodona)
- Supervised Home exercise program: Duration:** _____
Programa de terapia física en casa supervisado por un terapeuta:
Duración: _____
- Supartz, Synvisc, Hyalagan, Orthovisc, Euflexxa:** _____
[Inyecciones de Supartz, Synvisc, Hyalagan, Orthovisc, Euflexxa, fechas]
- Cortisone Injection/s:** _____
[Inyecciones de cortisona / s]
- Physical Therapy:** _____
[Terapia Física]
- Weight loss:** _____
[Pérdida de peso]
- Other:** _____
[Otro]

REVIEW OF SYSTEMS/CURRENT SYMPTOMS
REVISIÓN DE SISTEMAS /SINTOMAS ACTUALES

Are you currently having or have you recently had any of the following problems? Circle your answer please. ¿Tiene usted actualmente o ha tenido alguno de los siguientes problemas? círculo su respuesta por favor

Constitutional **fever, chills, weight loss, fatigue, night sweats, unexplained falls**La fiebre
Constitucional *Fiebre, escalofríos, pérdida de peso, fatiga, sudores nocturnos, caídas inexplicables.*

Cardiovascular **Chest pain, faintness, palpitations, lower extremity edema**
Cardiovascular *Dolor en el pecho, desmayos, palpitaciones, edema de las extremidades inferiores*

Pulmonary **Cough, shortness of breath, wheeze, exercise intolerance**
Pulmonar *Tos, falta de respiracion, resollar, intolerancia al ejercicio*

Gastrointestinal **Nausea, vomiting, constipation, abdominal pain, difficulty swallowing**
Gastrointestinal *Náuseas, vómitos, estreñimiento, dolor abdominal, dificultad para tragar*

Genitourinary **Incontinence, frequency**
Genitourinaria *Incontinencia, frecuencia*

Hematologic **Bleeding disorder, clotting, anemia**
Hematológico *Trastorno de coagulación, sangrado anormal, anemia*

Musculoskeletal **Pain, stiffness, joint swelling, decrease of motion, arthritis, weakness**
Musculoesquelético *Dolor, rigidez, hinchazón de las articulaciones, disminución de movimiento, artritis, debilidad*

Neurologic **Seizures, faints, headache, focal weakness, dizziness, poor balance**
Neurológicas *Convulsiones, desvanecimientos, dolor de cabeza, debilidad focal, mareos, problemas de equilibrio*

Psychiatric **Depression, anxiety, hallucinations**
Psiquiátrico *Depresión, ansiedad, alucinaciones*

Patient signature: _____ Date: _____
[Firma del paciente]

Reviewed by: _____ Date: _____