

# Examinee Information Sheet

Date \_\_\_\_\_  
*Fecha*

Evaluating Physician: \_\_\_\_\_

*Doctor que evalúa*

## **Personal Information**

### *Información Personal*

Name \_\_\_\_\_  
*Last/Apellido First/Nombre MI-Initial*

S.S. # \_\_\_\_\_  
*Seguro Social*

Address \_\_\_\_\_  
*Dirección Street or P.O. Box Apt. #*

Phone \_\_\_\_\_  
*Teléfono*

City \_\_\_\_\_  
*Ciudad*

State \_\_\_\_\_  
*Estado*

Zip \_\_\_\_\_  
*Código Postal*

Sex  M  F Age \_\_\_\_\_  
*Sexo Edad*

Date of Birth \_\_\_\_\_  
*Fecha de Nacimiento*

Marital Status \_\_\_\_\_  
*Estado Civil*

## **EMAIL ADDRESS** **CORREO ELECTRÓNICO**

## **Employment Information** *Información de su empleo*

Employer \_\_\_\_\_ Occupation \_\_\_\_\_  
*Compañía Ocupación*

Business Address \_\_\_\_\_ Date of Injury \_\_\_\_\_  
*Dirección de Compañía Día de lesión*

City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_ Phone # \_\_\_\_\_  
*Ciudad Estado Código Postal # de Teléfono*

## **Treating Physician** *Doctor tratante*

Physician's Name \_\_\_\_\_ Phone # \_\_\_\_\_  
*Nombre el Doctor Teléfono*

Address \_\_\_\_\_ City, Stat, Zip code \_\_\_\_\_  
*Dirección Ciudad, Estado, Código Postal*

**PLEASE SIGN AND DATE**

Por favor coloque su firma y la fecha

**Circle your current level of pain on the scale below**

*Encierre el número que indica su nivel de dolor en este momento usando la siguiente escala*

**Pain Scale: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**

*Escala de dolor:*

**Using the symbols, mark on the body where you are having problems.**

*Usando los siguientes símbolos, indique en el dibujo las áreas de dolor.*

++++++

**Dull Ache**

*Dolor sordo*

OOOO

**Pins and Needles**

*Alfileres o agujas, hormigueo*

////////

**Stabbing**

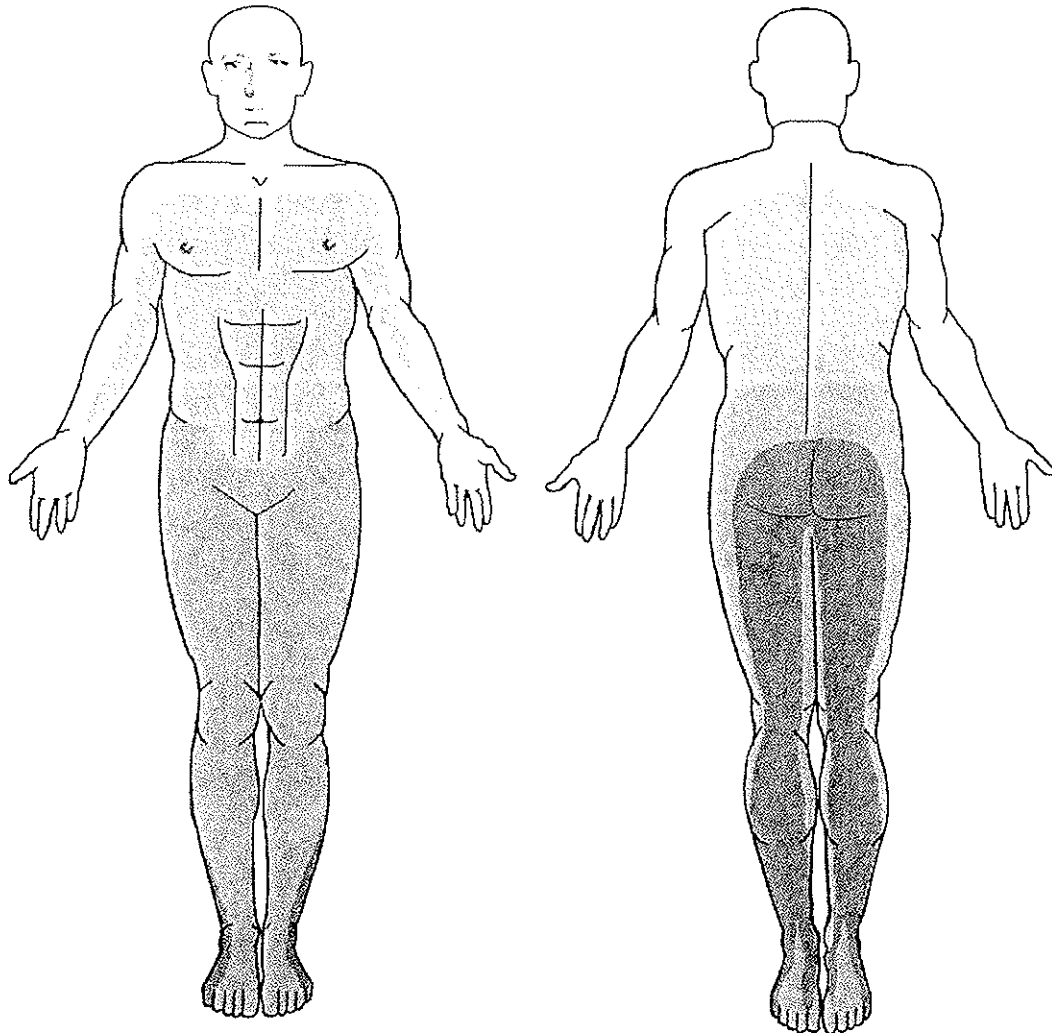
*Sensacion de puñaladas*

PPPPP

**Other**

*Otro*

**Describe** \_\_\_\_\_



**MEDICAL QUESTIONNAIRE**  
**CUESTIONARIO MÉDICO**

NAME: \_\_\_\_\_ AGE: \_\_\_\_\_ DATE OF VISIT: \_\_\_\_\_  
 NOMBRE Last/Apellido First/Nombre MI Initial Edad Día de visita

Height \_\_\_\_\_ Weight \_\_\_\_\_ ARE YOU? (**CIRCLE**) RIGHT HANDED LEFT HANDED  
 Estatura Peso ES USTED (encierre en un círculo) diestro zurdo

CHIEF COMPLAINT: \_\_\_\_\_  
 MOTIVO DE CONSULTA

DATE OF INJURY: \_\_\_\_\_  
 FECHA DE LESION

PLEASE INDICATE WHERE YOUR PAIN IS LOCATED. PLEASE **CIRCLE** ALL THAT APPLY.  
 POR FAVOR INDIQUE EL LUGAR DE SU DOLOR. POR FAVOR **ENCIERRE EN UN CÍRCULO** TODAS LAS OPCIONES QUE APLIQUEN.

R= RIGHT/  
DERECHA                      L=LEFT/  
IZQUIERDA

Head/ cabeza	R L	Lower Back/Espalda baja	R L
Temple/Sienes	R L	Hip,Buttocks/Cadera, glúteos	R L
Back head/ parte posterior de la cabeza	R L	Thigh/Muslos	R L
Top head/ parte superior de la cabeza	R L	Knee/Rodilla	R L
Neck/Cuello	R L	Calf/Pantorrilla	R L
Shoulder/Hombro	R L	Ankle/Tobillo	R L
Elbow/Codo	R L	Foot/Pie	R L
Forearm/Antebrazo	R L	Toes/Dedos de los pies	R L
Wrist/Muñeca	R L	Chest/Pecho	R L
Hand/Mano	R L	Abdomen	R L
Fingers/Dedos	R L	Groin/Ingle	R L
Upper Back/Espalda superior	R L	Other/Otro: _____	
Mid Back/Espalda media	R L		

**MEDICAL HISTORY**

**A) MEDICAL ILLNESSES: PLEASE CIRCLE ALL THAT CURRENTLY APPLY.**  
***ENFERMEDADES MÉDICAS: ENCIERRE EN UN CIRCULO TODAS LAS QUE APLIQUEN***

- |                                                        |                                                                |
|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| Acid Reflux / Reflujo                                  | High Blood Pressure(Hypertension)/Presión alta(Hipertensión)   |
| AIDS/SIDA                                              | High Cholesterol/Colesterol alto                               |
| Alzheimer's Dementia /Alzheimer                        | HIV Positive Kidney Disease/ Enfermedad renal VIH positivo     |
| Angina(Coronary Artery Disease) / Enfermedad coronaria | Hypothyroid/Hipotiroidismo                                     |
| Anxiety/Ansiedad                                       | Kidney Failure on Dialysis/Fallo renal o diálisis              |
| Arthritis of Shoulders/Artritis de hombro              | Kidney Stones/Cálculos renales                                 |
| Arthritis of Hips/Artritis de cadera                   | Liver Disease/Enfermedad Hepática                              |
| Arthritis of Knees/Artritis de rodilla                 | Lyme Disease/Enfermedad de Lyme                                |
| Asthma/Asma                                            | Lupus                                                          |
| Brain Surgery/Cirugia en el cerebro (Type/Tipo_____)   | Migraines/Migraña                                              |
| Bipolar Disorder/ Trastorno bipolar                    | Neuropathy/Neuropatía                                          |
| Bleeding Disorders/Trastornos hemorrágicos             | Osteoarthritis/Osteoartritis                                   |
| Blood clots/Coágulos sanguíneos                        | Pancreatitis                                                   |
| Cancer/Cáncer (Type/Tipo_____)                         | Parkinson's Disease/Parkinson                                  |
| Carpal Tunnel Syndrome/Síndrome del túnel carpal       | Polio                                                          |
| COPD (Bronchitis)                                      | Radiation Treatments/Tratamientos de radiación                 |
| Depression/Depresión                                   | Rheumatoid Arthritis/Artritis reumatoide                       |
| Diabetes Mellitus                                      | Seizures/Convulsiones                                          |
| Diabetic Ulcers on Feet/Úlceras diabéticas en los pies | Staph Skin Infections/Infecciones en la piel por Estafilococos |
| Drug Addiction/Adicción a las drogas                   | Stroke/Infarto                                                 |
| Emphysema/Enfisema                                     | Surgical Infections/Infecciones quirúrgicas                    |
| Fractures/Fracturas                                    | Thyroid Disorders/Trastornos tiroideos                         |
| Gout/Gota                                              | Tuberculosis (TB)                                              |
| Headaches/Dolores de cabeza                            | Ulcers (Stomach)Úlceras estomacales                            |
| Heart Attack/Ataque cardíaco                           |                                                                |
| Heart Disease/Enfermedad cardíaca                      |                                                                |
| Hepatitis A B C                                        |                                                                |

Other \_\_\_\_\_  
Otro \_\_\_\_\_

**B) SURGICAL ILLNESSES: PLEASE CIRCLE ALL SURGICAL PROCEDURES THAT APPLY**  
**ENFERMEDADES QUIRÚRGICAS: POR FAVOR ENCIERRE EN UN CÍRCULO TODOS LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS QUE APLICAN**

Heart Bypass/Bypass de corazón		Neck Surgery/Cirugía de cuello	
Angioplasty/Angioplastia		Back Surgery/Cirugía de espalda	
C-Section/Cesárea		Foot Surgery/Cirugía de pie	L R
Knee Surgery/Cirugía de rodilla	L R	Appendectomy/Apendicectomía	
Hernia Surgery/ Hernia	L R	Bladder Surgery/Cirugía de vejiga	
Tonsilectomy/Tonsilectomía		Shoulder Surgery/Cirugía de hombro	L R
Thyroidectomy/Tiroidectomía		Tubal Ligation/Ligadura de trompas	
Colon Surgery/Cirugía de colon		Rotator Cuff/Manguito rotador	L R
Hip Surgery/Cirugía de cadera	L R	Carpal Tunnel/Túnel carpal	L R
Hysterectomy/Histerectomía		Fracture Repair/Reparación de fracturas	
Gall Bladder/Vesícula biliar			
Kidney Stones/Cálculos renales			

Other: \_\_\_\_\_

**C) ACCIDENT & INJURIES:**  
**ACCIDENTES & LESIONES**

FRACTURES: \_\_\_\_\_  
 FRACTURAS

AUTO ACCIDENTS: \_\_\_\_\_  
 ACCIDENTES DE AUTO

MOTORCYCLE ACCIDENTS: \_\_\_\_\_  
 ACCIDENTES EN MOTO

SPORTS INJURY: \_\_\_\_\_  
 LESIONES DEPORTIVAS

WORK INJURIES: \_\_\_\_\_  
 ACCIDENTES DE TRABAJO

**D) FAMILY HISTORY: PLEASE CIRCLE ILLNESSES THAT ARE COMMON IN FAMILY OR RELATIVES**  
**HISTORIA FAMILIAR: POR FAVOR ENCIERRE EN UN CÍRCULO LAS ENFERMEDADES QUE SON COMUNES EN SU FAMILIA O PARIENTES.**

Heart Attacks/Ataque cardíaco	Anxiety/Anxiety	Osteoarthritis/Osteoartritis
Depression/Depresión	Neck Pain/Dolor de cuello	Back Pain/Dolor de espalda
Diabetes	Rheumatoid Arthritis/Artritis reumatoide	RSD/CRPS
Fibromyalgia/Fibromialgia	Strokes/Infarto	Cancer/Cáncer
Hypertension/Hipertensión		Blood Clots/Coágulos de sangre

**E) ALLERGIES:** \_\_\_\_\_  
**ALERGIAS**

**F) CURRENT MEDICATION:** \_\_\_\_\_  
**MEDICAMENTOS ACTUALES**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**SOCIAL HISTORY:**  
**HISTORIA SOCIAL**

Married \_\_\_\_\_ Serious/Long term relationship \_\_\_\_\_ Single \_\_\_\_\_ Separated \_\_\_\_\_ Divorced \_\_\_\_\_ Widowed \_\_\_\_\_  
*Casado/a Relación seria/De largo plazo Soltero/a Separado/a Divorciado/a Viudo/a*

If married, or in a long term relationship is it,  
*Si está casado/a o en una relación de largo plazo, es una relación,*

Secure \_\_\_\_\_ In need of help \_\_\_\_\_ In severe trouble \_\_\_\_\_  
*Segura Necesita ayuda En problemas severos*

If your marriage is in trouble have you sought marriage counseling? Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
*Si su matrimonio está en problemas, ha buscado terapia de pareja? Sí No*

If Separated, Divorced or Single do you live,  
*Si está separado, divorciado o soltero, usted vive,*

Alone \_\_\_\_\_ With a boy/girlfriend/significant other \_\_\_\_\_ With your parents or other family members \_\_\_\_\_  
*Solo Con un novio/a /pareja Con sus padres o algún otro miembro familiar*

Roommate or friend \_\_\_\_\_ Minor \_\_\_\_\_ or Adult children \_\_\_\_\_  
*Compañero de cuarto Menor o Hijos adultos*

Do you have children? Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ How many? \_\_\_\_\_ Males \_\_\_\_\_ Females \_\_\_\_\_  
*Tiene hijos? Sí No Cuantos? Hombres Mujeres*

If you have children, do they live with you? Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Ages and sex of any children living with you

*Si tiene hijos, ellos viven con usted? Si No Edades y sexo de los niños que viven con usted*

If you are a single Parent: Do you have Sole \_\_\_\_\_ Joint \_\_\_\_\_ Custody??  
*Si es padre/madre soltero/a Tiene usted custodia Exclusiva Compartida*

If joint, how often do you have custody  
*Si es compartida, que tan a menudo tiene la custodia?*

Do you receive child support regularly? Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
*Recibe manutención para los niños regularmente? Sí No*

Are there any conflicts or custodial issues with the other parent? Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
*Hay conflictos o problemas de custodia con el padre/la madre? Sí No*

**EDUCATION:**  
**EDUCACIÓN**

Please indicate your highest level of education.  
*Por favor indique su grado más alto de educación.*

Grade \_\_\_\_\_ High School \_\_\_\_\_ Trade School \_\_\_\_\_ College Graduate \_\_\_\_\_  
*Grado Escuela secundaria Escuela de comercio Graduado universitario*

Masters \_\_\_\_\_ Doctorate \_\_\_\_\_ M.D. \_\_\_\_\_ DDS \_\_\_\_\_ Other \_\_\_\_\_  
*Maestría Doctorado Doctor de medicina Doctor en odontología Otro*

**HABITS:  
HÁBITOS**

Do you Smoke? Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ If Yes, how much? \_\_\_\_\_ Former Smoker \_\_\_\_\_, When did you Stop \_\_\_\_\_

*Fuma? Sí No Sí fuma, cuánto? Ex fumador Cuando dejó de fumar?*

Have you noticed an increase in your smoking recently? Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
*Ha notado un aumento en su hábito de fumar recientemente? Sí No*

Do you Drink Alcohol? Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
*Bebe usted alcohol? Sí No*

If yes, what type(s) of Alcohol do you primarily drink? Wine \_\_\_\_\_ Beer \_\_\_\_\_ Distilled Liquor \_\_\_\_\_  
*Si bebe, que tipo(s) de alcohol bebe principalmente? Vino Cerveza Licor destilado*

How often do you drink? Daily \_\_\_\_\_ Weekly \_\_\_\_\_ Monthly \_\_\_\_\_ Less than once a month \_\_\_\_\_  
*Con que frecuencia bebe? Diariamente Semanalmente Mensualmente Menos de una vez al mes*

Do you use or need prescription pain killers or muscle relaxants on a regular basis? Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
*¿Utiliza o necesita analgésicos o relajantes musculares recetados de forma regular? Sí No*

If yes, which drugs? \_\_\_\_\_  
*Si la respuesta es sí, cuáles?*

How often? Daily \_\_\_\_\_ Weekly \_\_\_\_\_ Monthly \_\_\_\_\_ Less than once a month \_\_\_\_\_  
*Con que frecuencia? Diaria Semanalmente Mensualmente Menos de una vez al mes*

Substance Abuse: None \_\_\_\_\_ Alcohol \_\_\_\_\_ Drugs \_\_\_\_\_  
*Abuso de sustancias Ninguno Alcohol Drogas*

Have you been in Drug Rehab Program? Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
*¿Ha estado en algún programa de rehabilitación de drogas? Sí No*

Have any of the following persons **ever** been arrested for DUI? Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
*¿Alguna de las siguientes personas ha sido arrestado alguna vez por DUI\*? Sí No*

\*(Conducir bajo la influencia de drogas o alcohol)

You \_\_\_\_\_ Your Spouse/Significant other \_\_\_\_\_ Your Child \_\_\_\_\_  
*Usted Su esposo/a o pareja Su hijo/a*

If yes, when? \_\_\_\_\_  
*Si la respuesta es sí, cuando?*

Has your driver's license ever been suspended or revoked? Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
*¿Alguna vez su licencia de conducir ha sido suspendida o revocada? Sí No*

Do you believe substance or alcohol abuse is a factor in your symptoms? Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
*¿Cree usted que el abuso de drogas o alcohol es un factor en sus síntomas? Sí No*

Does your Spouse/Significant Other \_\_\_\_\_ or child \_\_\_\_\_ have a problem with abuse of alcohol or drugs? Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
*Tiene su cónyuge/pareja o hijo/a problemas con el abuso de alcohol o drogas? Sí No*

**WORK:**

**TRABAJO**

Are you currently employed? Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
*¿Está trabajando actualmente? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_*

If no, are you: Off on Worker's Comp \_\_\_\_\_ Laid Off \_\_\_\_\_ Retired \_\_\_\_\_  
*Si no, está usted: Fuera del trabajo con compensación \_\_\_\_\_ Despedido \_\_\_\_\_ Retirado \_\_\_\_\_*

Off on Short Term Disability \_\_\_\_\_ Off on Long Term Disability \_\_\_\_\_  
*Fuera del trabajo por discapacidad de corto plazo \_\_\_\_\_ Fuera del trabajo por discapacidad a largo plazo \_\_\_\_\_*

If employed, how many hour/week do you typically work? \_\_\_\_\_ Are you an hourly \_\_\_\_\_ or salaried employee  
*Si está trabajando, cuántas horas por semana trabaja típicamente? Trabaja por hora \_\_\_\_\_ o con sueldo fijo?*

Are you required to work mandatory overtime? Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
*¿Tiene que trabajar horas extras obligatorias? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_*

During the last two years of your work, how would job performance rating be classified?  
*Durante los dos últimos años de su trabajo, ¿cómo sería clasificada la calificación del desempeño laboral?*

Favorable \_\_\_\_\_ Unfavorable \_\_\_\_\_  
*Favorable \_\_\_\_\_ Desfavorable \_\_\_\_\_*

Do you also work a Second Job, have or developing a side business? Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
*¿También tiene un segundo trabajo, o está desarrollando un negocio secundario? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_*

If yes, how many hours a week \_\_\_\_\_ or month do you work this job or business?  
*Si la respuesta es sí, ¿cuántas horas a la semana \_\_\_\_\_ o al mes trabaja usted este trabajo o negocio?*

If you are unable to work, do you have a disability insurance policy program? Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
*Si usted no puede trabajar, ¿tiene un programa de política de seguro de discapacidad? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_*

If yes to the previous question, have you applied for Social Security Disability? Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
*Si la respuesta a la pregunta anterior es sí, ¿ha solicitado Seguro Social por Incapacidad? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_*

If yes to either of the 2 previous questions, which of the following are you receiving?  
*Si la respuesta a cualquiera de las 2 preguntas anteriores es sí, ¿cuál de las siguientes opciones estás recibiendo:*

Worker's Comp \_\_\_\_\_ Social Security \_\_\_\_\_ Short Term Disability \_\_\_\_\_ Long Term Disability \_\_\_\_\_  
*Compensación del trabajador \_\_\_\_\_ Seguro Social \_\_\_\_\_ Discapacidad de corto plazo \_\_\_\_\_ Discapacidad de largo plazo \_\_\_\_\_*

Have you ever had a previous Workers' Comp Claim? Yes \_\_\_\_\_ When? \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
*Alguna vez ha tenido un reclamo previo en Worker's Comp\*? Sí \_\_\_\_\_ ¿Cuándo? \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_*  
*(Compensación del trabajador)*

If yes to above, what was the illness or injury? \_\_\_\_\_  
*Si la respuesta es sí, ¿cuándo? si su respuesta es sí, ¿cuál fue la enfermedad o lesión?*

Is your inability to work due to Depression \_\_\_\_\_ Anxiety \_\_\_\_\_ or a physical problem?  
*Su incapacidad para trabajar es debido a Depresión \_\_\_\_\_ Ansiedad \_\_\_\_\_ o un problema físico \_\_\_\_\_*

If you had to opportunity to work with different co-workers, supervisor(s), a reduction in workload, work in another department or location, or different hours, do you believe this would enable you to return to work  
*Si tuviera la oportunidad de trabajar con diferentes compañeros de trabajo, el supervisor/es, reducción de la carga de trabajo, trabajar en otro departamento o ubicación, o diferentes horas, ¿cree que esto le permitiría volver al trabajo?*

Yes/Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_



**ACTIVITIES OF DAILY LIVING QUESTIONNAIRE**  
**CUESTIONARIO DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA**

Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
*Nombre Fecha*

<b>Activity</b> <b>Actividad</b>	<b>No Difficulty</b> <b>Sin Dificultad</b>	<b>Some Difficulty</b> <b>Cierta dificultad</b>	<b>Cannot Perform</b> <b>No puede</b>
<b>Self Care, Personal Hygiene</b> <b>Auto Cuidado, Higiene personal</b>			
Urinating/Orinar			
Defecating (Bowel Movement) Defecar (Movimiento intestinal)			
Brushing Teeth/Cepillarse los dientes			
Combing Hair/Peinarse			
Bathing/Bañarse			
Dressing/Vestirse			
Eating/Comer			
<b>Communication</b> <b>Comunicación</b>			
Writing/Escribir			
Typing/Mecanografía(digitar)			
Seeing/Ver			
Hearing/Escuchar			
Speaking/Hablar			
<b>Physical Activity</b> <b>Actividad Física</b>			
Standing/Estar de pie			
Sitting/Sentarse			
Reclining/Recostarse			
Walking/Caminar			
Climbing Stairs/Subir escaleras			
<b>Sensory Function</b> <b>Función Sensorial</b>			
Hearing/Escuchar			
Seeing/Ver			
Tactile Feeling(Touch)/Sensación Táctil (tacto)			
Tasting/Gusto			
Smelling/Olfato			
<b>Non-specialized Hand Activity</b> <b>Actividad no especializada de la mano</b>			
Grasping/Agarre			
Lifting/Levantamiento			
Tactile Discrimination/Discriminación Táctil			

<b>Sexual Function</b> <b>Función Sexual</b>			
Orgasm/Orgasmo			
Ejaculation/Eyaculación			
Lubrication/Lubricación			
Erection/Erection			
<b>Sleep, Restful Pattern</b> <b>Sueño, Patrón de descanso</b>			

## Lower Limb Outcome Scale Escala de resultados de miembro inferior

Name \_\_\_\_\_  
Nombre

Date \_\_\_\_\_  
Fecha

**Instructions:** These questions ask your views about your lower limb (leg)/Lower Back. Please answer every question, based on your condition in the last week, by **circling** the appropriate number.

**Instrucciones:** Estas preguntas son sus puntos de vista acerca de su miembro inferior (pierna) / y espalda baja. Por favor, conteste todas las preguntas, con base en su condición en la última semana, **marcando con un círculo** el número apropiado.

	Not at All <i>Nada</i>	Mildly <i>Leve</i>	Moderately <i>Moderado</i>	Very <i>Mucho</i>	Extremely <i>Extremo</i>
1. During the past week, how stiff was your lower limb? <i>Durante la semana pasada, ¿Qué tan tieso estaba su miembro inferior?</i>	1	2	3	4	5
2. During the past week, how swollen was your lower limb? <i>Durante la semana pasada, que tan inflamado estaba su miembro inferior?</i>	1	2	3	4	5

	Not Painful <i>No doloroso</i>	Mildly ainful <i>Dolor leve</i>	Moderately Painful <i>Dolor Moderado</i>	Very Painful <i>Muy doloroso</i>	Extremely Painful <i>Extremadamente doloroso</i>	Could not do because of the pain <i>No lo pudo hacer a causa del dolor</i>	Could not do because of other <i>No lo pudo hacer por otra razón</i>
3. Walking on flat surfaces? <i>Caminar en superficies planas?</i>	1	2	3	4	5	6	7
4. Going up or down stairs? <i>Subir o bajar escaleras?</i>	1	2	3	4	5	6	7
5. Lying in bed at night? <i>Acostado en la cama en la noche?</i>	1	2	3	4	5	6	7

---

Did not need support	Mostly walked without support	Mostly used 1cane/crutch	Mostly used 2 canes /crutches	Used a wheelchair	Mostly used other supports/ someone	Unable to get around
<i>No necesitó apoyo</i>	<i>Caminó mayormente con apoyo</i>	<i>Usó 1 bastón /muleta en su mayoría</i>	<i>Usó 2 bastones/muletas en su mayoría</i>	<i>Usó una silla de ruedas</i>	<i>Usó mayormente otros apoyos/ alguien</i>	<i>Incapaz de desplazarse</i>

6. Which statements best describe your ability to get around most of the time during the past week?

1                      2                      3                      4                      5                      6                      7

*¿Qué afirmaciones describen mejor su habilidad para desenvolverse durante la última semana?*

---

Not at All	Mildly	Moderately	Very	Extremely	Cannot do it at all
<i>Nada</i>	<i>Leve</i>	<i>Moderado</i>	<i>Mucho</i>	<i>Extremo</i>	<i>No lo puede hacer del todo</i>

7. How difficult was it for you to put on or take off socks/stockings during the **past week?**

1                      2                      3                      4                      5                      6

*¿Qué tan difícil fue para usted de ponerse o quitarse los calcetines / medias durante la semana pasada?*

## Quick Dash

**Name:** \_\_\_\_\_  
Nombre

**Date:** \_\_\_\_\_  
Fecha

**Instructions:** This questionnaire asks about your symptoms as well as your ability to perform certain activities. Please answer every question, based on your condition in the last week, by circling the appropriate number. If you did not have the opportunity to perform an activity in the past week, please make your best estimate of which response would be the most accurate.

**Instrucciones:** Este cuestionario pregunta acerca de sus síntomas, así como su capacidad para realizar ciertas actividades. Por favor, conteste todas las preguntas, con base en su condición en la última semana, marcando con un círculo el número apropiado. Si usted no tuvo la oportunidad de realizar una actividad en la última semana, por favor haga su mejor estimación de la respuesta que sería más exacta.

It doesn't matter which hand or arm you use to perform the activity; please answer based on your ability regardless of how you perform the task.

*No importa qué mano o brazo se utilice para realizar la actividad; por favor responda en función de su capacidad, independientemente de cómo se realiza la tarea.*

Please rate your ability to do the following activities in the last week by **circling** the number below the appropriate response.

*Por favor califique su capacidad de realizar las siguientes actividades en la última semana con un círculo el número por debajo de la respuesta apropiada.*

	<i>No Difficulty</i>	<i>Mild Difficulty</i>	<i>Moderate Difficulty</i>	<i>Severe Difficulty</i>	<i>Unable</i>
	<i>Sin dificultad</i>	<i>Dificultad leve</i>	<i>Dificultad moderada</i>	<i>Dificultad severa</i>	<i>Incapaz</i>
1. Open a tight or new jar <i>Abrir un frasco hermético o nuevo</i>	1	2	3	4	5
2. Do heavy household chores (e.g. wash walls, floors). <i>Realizar tareas pesadas del hogar (por ejemplo, lavado de paredes, pisos.)</i>	1	2	3	4	5
3. Carry a shopping bag or briefcase <i>Llevar una bolsa de compras o un maletín</i>	1	2	3	4	5
4. Wash your back <i>Llavarse la espalda</i>	1	2	3	4	5
5. Use a knife to cut food. <i>Usar un cuchillo para cortar los alimentos</i>	1	2	3	4	5

6. Recreational activities in which you take some force or impact through your arm, shoulder or hand (e.g., golf, hammering, tennis, etc.).

1 2 3 4 5

*Actividades recreativas en las que se reciba alguna fuerza o impacto a través de su brazo, hombro o la mano (por ejemplo, golf, martilleo, tenis, etc.)*

*Not at All Slightly Moderately Quite A bit Unable*  
*Para nada Ligeramente Moderadamente Bastante Incapaz*

7. During the past week, to what extent has your arm, shoulder or hand problem interfered with your normal social activities with family, friends, neighbors or groups?

1 2 3 4 5

*Durante la semana pasada, en qué medida interfirió su problema en el brazo, hombro o mano con sus actividades sociales normales con la familia, amigos, vecinos o grupos sociales?*

*Not limited at All Slightly Limited Moderately Limited Very Limited Unable*  
*Nada limitado Ligeramente limitado Moderadamente limitado Muy limitado Incapaz*

8. During the past week, were you limited in your work or other regular daily activities as a result of your arm, shoulder or hand problem?

1 2 3 4 5

*Durante la semana pasada, ¿estuvo limitado/a en su trabajo u otras actividades diarias regulares a causa de su problema en el brazo, hombro o mano?*

*None Mild Moderate Severe Extreme*  
*Nada Leve Moderado Severo Extremo*

Please rate the severity of the following symptoms in the last week.

*Por favor calificar la gravedad de los siguientes síntomas en la última semana.*

9. Arm, shoulder or hand pain.

1 2 3 4 5

*Dolor de brazo, hombro o mano.*

10. Tingling (pins and needles) in your arm, shoulder or hand.

1 2 3 4 5

*Hormigueo en el brazo, el hombro o la mano.*

	<i>No difficulty</i>	<i>Mild</i>	<i>Moderate</i>	<i>Severe</i>	<i>Unable</i>
11. During the past week, how much difficulty have you had sleeping because of the pain in your arm, shoulder or hand?	<i>Sin dificultad</i>	<i>Leve</i>	<i>Moderada</i>	<i>Severa</i>	<i>Incapaz</i>
<i>Durante la semana pasada, ¿cuánta dificultad ha tenido usted para dormir a causa del dolor en el brazo, hombro o mano?</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>

**Restore FX Cuestionario de Terapia Física** Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Parte del cuerpo lesionada: \_\_\_\_\_

Fecha de la lesión: \_\_\_\_\_

Causa de la lesión: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

1. ¿Está trabajando actualmente? Si/ No  
Si no, ¿cuándo fue la última fecha en que trabajó? \_\_\_\_\_
2. ¿Existe algún trabajo/tarea modificada en su empleo? Si/No  
Si es así, ¿que sería diferente en un trabajo  
modificado? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
3. ¿Cuáles son algunas de las tareas físicas que tiene que realizar en su trabajo? (Ej. Levantar cierta  
cantidad de peso, empujar, jalar, etc.)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
4. ¿Planea volver al trabajo? Si/No
5. ¿Cuál era su salario en su último empleo?  
Puede escribir un monto exacto aquí \_\_\_\_\_ o marcar uno de los montos a  
continuación:  
  
Less than \$12,000  
\$12,000-\$19,999  
\$20,000-\$39,999  
\$40,000-\$59,999  
\$60,000 or more
6. ¿Cuántas ausencias tomó cada año en su último empleo?  
  
None  
  
1-4  
  
5-10  
  
11 or more



7. ¿Cuál es el nivel más alto de educación que ha completado?

Algo de escuela secundaria

Graduado de escuela secundaria/GED

Escuela técnica

Algo de estudios universitarios

Graduado de la universidad

Maestría o Doctorado

8. ¿Era miembro de un sindicato en su último empleo? Si/No

9. ¿Había alguien en su último empleo con quien no se llevaba bien? Si /No

10. ¿Le gusta el tipo de trabajo que usted hacía en su último empleo? Si/No

11. Antes de su lesión, ¿fue capaz de completar el 100% de sus funciones de trabajo? Si/No

12. ¿Cuántos minutos es capaz de estar sentado antes de que el dolor aumente? \_\_\_\_\_

13. ¿Cuántos minutos es capaz de estar de pie antes de que el dolor aumente? \_\_\_\_\_

14. ¿Cuántos minutos es capaz de caminar antes de que el dolor aumente? \_\_\_\_\_

15. En promedio, ¿cuántas horas duerme cada noche? \_\_\_\_\_

16. ¿Qué porcentaje de sus actividades diarias regulares es capaz de completar cada día?

0-20%

20-40%

40-60%

60-80%

80-100%

HISTORIA MÉDICA CONFIDENCIAL

Por favor complete las siguientes preguntas a la medida de su capacidad. Esta información ayudara a su terapeuta a desarrollar un plan de tratamiento que satisfaga sus necesidades individuales.

¿Cómo ocurrió este problema? (Levantando peso, torciendo, cayéndose, un accidente, desconocido, etc.):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Síntomas: \_\_\_\_\_

¿Hace cuánto está lidiando con este problema? \_\_\_\_\_

Fecha	Servicio	Resultado
	Hospitalización	
	Inyecciones esteroideas/ #	
	Rayos X	
	TAC o RM	
	Estudio de conducción nerviosa	
	Cirugía	
	Quiropráctico	
	Terapia Física	
	Terapia Ocupacional	
	Otro	

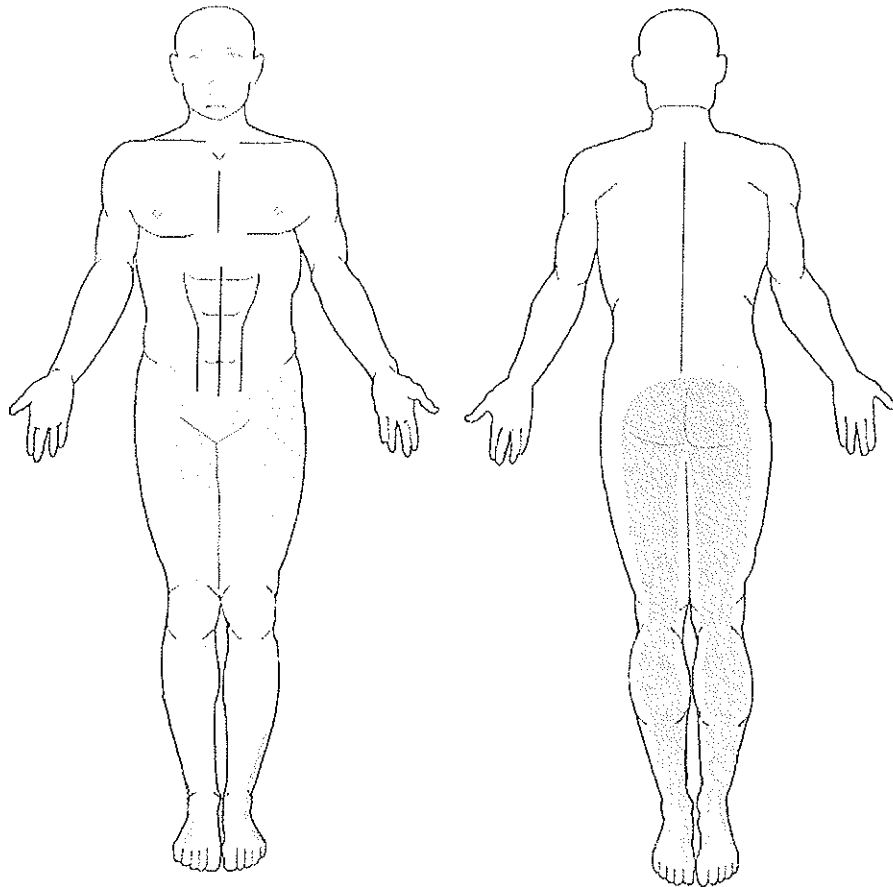
Por favor indique si ha sido diagnosticado/a con alguna de las siguientes condiciones médicas:

- |                                                         |                                                                                                        |                                                            |
|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diabetes                       | <input type="checkbox"/> Trastorno psicológico<br>(incluyendo ataques de pánico, depresión y ansiedad) | <input type="checkbox"/> MRSA o infección por estafilococo |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca            | <input type="checkbox"/> Problemas circulatorios                                                       | <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple               |
| <input type="checkbox"/> Asma                           | <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial                                                         | <input type="checkbox"/> Embarazo                          |
| <input type="checkbox"/> Trastorno convulsivo/Epilepsia | <input type="checkbox"/> Hepatitis                                                                     | <input type="checkbox"/> Fibromialgia                      |
| <input type="checkbox"/> Cáncer                         |                                                                                                        | <input type="checkbox"/> VIH / SIDA                        |

Otro: \_\_\_\_\_

Alergias (medicamentos, latex, etc) : \_\_\_\_\_

Por favor indique en el diagrama del cuerpo donde se ubican sus síntomas:



Marque cualquiera de las siguientes que este experimentando:

Dolor    Puñalada    Alfileres y agujas    Adormecimiento    Sensación quemante

Califique su dolor utilizando la siguiente escala, donde 0 es ausencia de dolor y 10 es el peor dolor imaginable:

¿Cuál es su nivel de dolor en su mejor momento? 0   1   2   3   4   5   6   7   8   9   10

¿Cuál es su nivel de dolor en su peor momento? 0   1   2   3   4   5   6   7   8   9   10

¿Experimenta mareo o adormecimiento con el dolor?

\_\_\_\_\_