

PRECISION MEDICAL GROUP, INC.
Questionnaire (PMR EXAM)

Today's date (Fecha De Hoy) _____ Date of Injury (Fecha Del Accidente) _____

When is your next scheduled appointment with your referring doctor? Date: _____ Time: _____
 (NOTE: Please notify our doctor/assistant if this date is within 48 hours!)

PATIENT INFORMATION / Información del Paciente:

NAME: Nombre y Apellido:		<input type="checkbox"/> Male Masculino	<input type="checkbox"/> Female Femenino
ADDRESS: Dirección:		EMAIL:	
CITY: Ciudad:	STATE (Estado):	ZIP CODE (Código Postal)	
TELEPHONE NO: No. De Teléfono:	BIRTH DATE (Fecha De Nacimiento/Edad):		
AGE: Edad:	SOCIAL SECURITY NO (No. De Seguro Social)		

HEALTH INSURANCE INFORMATION / Información Sobre el Seguro Medico:

NAME OF HEALTH INSURANCE COMPANY (Nombre De La Compañía de Sguero Medico)		
MEMBER ID # (No. De Identificación)	GROUP # (No Del Grupo)	HEALTH INSURANCE PHONE NUMBER (No De teléfono de Compañía De Seguro Medico)

ARE YOUR CURRENT SYMPTOMS THE RESULT OF AN INJURY, ACCIDENT OR ILLNESS; OR DID YOUR SYMPTOMS DEVELOP ON THEIR OWN? Sus síntomas actuales son resultado de un accidente, enfermedad, lastimadura ó se le desarrollaron solos?
PLEASE DESCRIBE/Describe Por Favor

DID YOU LOSE CONSCIOUSNESS AS A RESULT OF THIS INJURY? (¿Perdió el conocimiento a causa de este accidente?): YES/Si NO

ANY PRIOR HISTORY OF PAIN IN THE INJURED AREA? (Cualquier historia previa de dolor en la zona lesionada) YES/Si NO
 IF YES EXPLAIN(Si respondió sí, explicar): _____

WHAT TREATMENTS HAVE YOU HAD FOR THIS INJURY? (que tratamiento ha recibido para esta lesión)

- | | |
|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> MEDICATIONS | <input type="checkbox"/> INJECTION |
| <input type="checkbox"/> PHYSICAL THERAPY | <input type="checkbox"/> SURGERY |
| <input type="checkbox"/> ACUPUNCTURE | |
| <input type="checkbox"/> OTHER _____ | |

PAST MEDICAL HISTORY (Historia Médica Previa):

PRIOR ACCIDENTS/INJURIES /Accidentes anteriores YES NO

IF YES, DATES/Fechas: _____

IF YES DESCRIBE THE ACCIDENT/INJURY AND ALL AREAS AFFECTED/AND INDICATE IF YOU HAVE ANY RESIDUAL PAIN/Describa como se lastimo y todas las partes afectadas y explique que areas todavía le duelen:

HAVE YOU EVER HAD ANY SURGERIES?/ ¿Ha tenido alguna cirugía previa? YES/Si NO

IF YES, WHEN AND WHAT TYPE / Si respondió si, cuando, que tipo

DO YOU HAVE OR HAVE YOU HAD ANY OF THE FOLLOWING::

YES	NO		YES	NO	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DIABETES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CANCER
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HEART DISEASE (problemas del corazón)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ASTHMA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIGH BLOOD PRESSURE (presión alta)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	BLOOD DISORDER (prblemas de sangre)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ARTHRITIS			
<input type="checkbox"/>		OTHER (algun otro problema) _____			

DO YOU HAVE A POSITIVE FAMILY HISTORY FOR ANY OF THE ABOVE? / ¿Tiene historia familiar positiva para cualquiera de las anteriores?
 YES/Si NO

IF YES, PLEASE DESCRIBE/Si respondió si, describa _____

LIST ANY MEDICATIONS YOU ARE PRESENTLY TAKING/Indique que medicamentos esta tomando:

NAME OF MEDICATION/Nombre de la medicina	REASON/Motivo
_____	_____
_____	_____
_____	_____

ARE YOU ALLERGIC TO ANY MEDICATION?/¿Es alérgico a algún medicamento? YES/Si NO

IF YES, EXPLAIN/ Si respondió si, explique _____

DO YOU HAVE ANY ALLERGIES?/ ¿Tiene algún tipo de alergia? YES/Si NO

IF YES, WHAT TYPE? / Si Respondió Si, Qué Tipo _____

DO YOU HAVE ANY PSYCHOLOGICAL DISORDERS? / ¿Tiene algún problema psicológico? YES/Si NO

IF YES, EXPLAIN/ Si Respondió Si, Explique _____

HAVE YOU EVER HAD AN EMG/NCS TEST IN THE PAST?/ ¿Ha previamente un estudio EMG/NCS? YES/Si NO

IF YES, WHEN? RESULTS?/ Si Respondió Si, Cuando? ¿Resultados? _____

REVIEW OF SYSTEMS (repare los sistemas):

DO YOU HAVE OR HAVE YOU HAD ANY OF THE FOLLOWING (tiene ó ha tenido los siguientes):

- | YES | NO | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | VISUAL CHANGES (cambios en la vision) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | DIZZINESS/FALLING/DIFFICULTY WITH BALANCE/VERTIGO/FAINTING SPELLS(mareos/dificultad al balancear/vertigo/desmayos) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | DIFFICULTY SWALLOWING (dificultad al tragar) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | SPEECH PROBLEMS (problemas del habla) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | DECREASED FACIAL SENSATION (perdida de sensación facial) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | MUSCLE PARALYSIS/ATROPHY/MUSCLE WEAKNESS (parálisis muscular/atorfia/debilidad muscular) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | INVOLUNTARY MOVEMENTS/TREMORS (movimiento involuntario/temblores) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | NUMBNESS/TINGLING/BURNING SENSATION/LOSS OF SENSATION (adormecimiento/hormigueo/ardor/perdida de sensación) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | PAIN/MUSCLE PAIN/MYALGIA/BACK PAIN/NECK PAIN (dolor/dolor muscular/mialgia/dolor de espalda/cuello) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | JOINT PAIN/SWELLING/STIFFNESS (dolor, hinchazón ó rigidez articular) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | RANGE OF MOTION DECREASE (gama de disminución de movimiento) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | MUSCLE CRAMPS/LEG CRAMPS/MUSCLE SPASMS (espasmos ó calambres musculares) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | LOSS OF STRENGTH/DIFFICULTY WITH GRIP (perdida de fuerza/dificultad al apretar) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | BLADDER/BOWEL INCONTINENCE (incontinencia de vejiga/intestino) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | MEMORY LOSS/DIFFICULTY CONCENTRATING (perdida de memoria/dificultad al concentrarse) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | DEPRESSION (depresión) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ANXIETY (ansiedad) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | SEIZURES (convulsiones) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | HEADACHES (dolor de cabeza) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | SLEEP DISTURBANCES/INSOMNIA (disturbio para dormir/insomnio) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | NIGHT SWEATS/FEVERS/CHILLS (sudores nocturnos/fiebres/escalofrios) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | WEIGHT LOSS (reciente perdida) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | WEIGHT GAIN RECENTLY (reciente aumento de peso) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | SHORTNESS OF BREATH/COUGH (falta de respiración/tos) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | CONSTIPATION (estreñimiento) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | DIARRHEA (diarrea) |

SOCIAL HISTORY (historial social):

SINGLE (soltero) MARRIED (casado)

SMOKE (fuma) YES NO

ALCOHOL (toma) YES NO

LIST YOUR CURRENT COMPLAINTS (INCLUDE FREQUENCY & SEVERITY)/ Describa su dolor (Incluya frecuencia e intensidad del dolor).
INDICATE WHETHER PAIN IS CONSTANT, FREQUENT, INTERMITTENT, OR OCCASIONAL (indique si el dolor es constante, frecuente, intermitente, ocasional)

DO YOU EVER HAVE ANY INTERMITTENT OR CONTINUOUS PAIN IN ANY OF THE FOLLOWING AREAS: (Tengo dolor continuo ó intermitente en las siguientes areas)

NECK cuello SHOULDER hombro UPPER BACK espalda parte alta MID BACK espalda parte media LOWER BACK espalda parte baja

DO YOU HAVE PAIN AT NIGHTTIME AND/OR DOES YOUR PAIN WAKE YOU UP AT NIGHT? (tiene dolor en la noche/lo despierta el dolor?)

YES/Si NO

IF YES, EXPLAIN/ Si respondió si, explique _____

DESCRIBE THE QUALITY OF YOUR PAIN (BURNING, ACHING, STABBING, DEEP, DULL) / Describa el tipo de dolor (quemazón, punzada, dolor hondo, dolor leve): _____

DESCRIBE THE SEVERITY OF YOUR PAIN ON A 1-10 SCALE / En escala del 1 al 10, describa la severidad de su dolor: _____

DOES YOUR PAIN RADIATE? YES/Si NO

IF YES, EXPLAIN/ Si respondió si, explique _____

IF YOU HAVE WEAKNESS, NUMBNESS OR TINGLING, PLEASE INDICATE AND WHERE./ Sí tiene debilidad, adormecimiento ó hormigueo, por favor indique en donde tiene esta sensación:

THE PAIN INCREASES WITH/El dolor empeora Al: _____

THE PAIN IS RELIEVED BY/El dolor se mejora Al: _____

HOW LONG HAVE YOU HAD THE ABOVE DESCRIBED SYMPTOMS? / Por cuanto tiempo a tenido los sintomas especificados

Anteriormente? _____

DATE COMPLETED / Fecha

SIGNATURE / Firma