

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: _____

(¿Cuándo es su siguiente cita con su médico de referencia?)

(Fecha)

(Hora)

(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 (Correo electrónico):	
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)		

Tell us About Your Injury: (Favor de explicar su lesión)

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 o 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 esta lesión?): YES/Si NO

ANY PRIOR HISTORY OF PAIN IN THE INJURED AREA? (Tiene historia previa de dolor en la zona lesionada) YES/Si NO

IF YES EXPLAIN (Si respondió si, explicar): _____

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

MEDICATIONS (Medicacion)

INJECTION (Inyecciones)

PHYSICAL THERAPY (Fisioterapia)

SURGERY

ACUPUNCTURE (Acupuntura)

(Cirugía)

OTHER (Otro) _____

Is this a Work Comp Injury?

¿Es una lesión correspondiente a un caso de compensación laboral?

Yes (Please fill out the rest of the form)

No (If no, please skip "Employer Information")

Si (Por favor complete el resto del formulario)

(Si no lo es, por favor omitir "Información sobre el empleador")

EMPLOYER INFORMATION / Información Sobre el Empleador:

NAME OF EMPLOYER (Nombre Del Empleador):	
DATE EMPLOYMENT BEGAN (Fecha de Comienzo):	JOB TITLE: Titulo del Trabajo:
WAS THE ACCIDENT REPORTED? / ¿Fue el Accidente reportado? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
IF YES, TO WHOM AND WHEN? Si es Si, ¿A Quién y Cuándo?	

DID THE EMPLOYER ARRANGE FOR MEDICAL TREATMENT? / ¿El Empleador Gestionó un Tratamiento Médico?

YES NO
Si

TREATMENT INFORMATION / Información sobre su tratamiento

WHERE DID YOU GO AND WHEN FOR THE INITIAL EXAMINATION? (¿Dónde y cuándo fue a su primera consulta?)

EXAM BY: PRIVATE PHYSICIAN Médico Privado
 INDUSTRIAL CLINIC Clínica Industrial
 CHIROPRACTOR Quiropráctico
 EMERGENCY ROOM Sala de emergencias

EXAMS PERFORMED:
Estudios Realizados:
 X-RAYS OF / radiografías de: _____
 SUPPORTS/BRACE Banda elástica/soporte _____

MEDICATION PRESCRIBED Medicamentos Recetados:

PLEASE CHECK ANY OF THE FOLLOWING TREATMENT/TESTING IN RELATION TO THIS INJURY

Marque el/los tratamientos realizados relacionados a esta lesión:

BLOOD TEST Analisis de Sangre URINE TEST / Analisis de Orina EKG / Electrocardiograma
 INJECTIONS (HOW MANY) / Inyecciones (Cuántas) _____
 OTHER (Otro): PLEASE INDICATE/ Por Favor Indique _____

FOLLOW UP TREATMENTS/Tratamientos de Seguimiento:

WERE YOU EVER ADMITTED TO A HOSPITAL FOR THIS INJURY? YES NO IF YES, FOR HOW LONG? _____
¿Estuvo internado en un hospital por esta causa? Si respondió si, ¿por cuánto tiempo?
WAS SURGERY PERFORMED? YES NO IF YES, NAME OF SURGERY _____
¿Le hicieron alguna cirugía? Si respondió si nómbrela
PHYSICAL THERAPY? YES NO IF YES, FOR HOW LONG? _____
¿Recibió terapia física? Si respondió si, ¿por cuánto tiempo?
REFERRED TO SPECIALIST? YES NO IF YES, NAME: _____
¿Lo refirieron a algún especialista? Si respondió si, nómbrelo

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

NAME OF MEDICATION/Nombre del medicamento

REASON/Motivo

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, u ocasional)

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

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

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

YES/Si NO

IF YES, EXPLAIN/ Si respondió si, describa _____

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

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

DOES YOUR PAIN RADIATE? ¿El dolor se extiende? YES/Si NO

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

THE PAIN INCREASES WITH (El dolor aumenta al): _____

THE PAIN IS RELIEVED BY (El dolor se mejora al): _____

HOW LONG HAVE YOU HAD THE ABOVE-DESCRIBED SYMPTOMS? / ¿Hace cuánto tiempo ha tenido los síntomas especificados anteriormente?

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

Describe como fue el accidente o lesión, todas las partes afectadas y explique qué áreas 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::

¿Tiene alguna de las siguientes?

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 (Asma)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIGH BLOOD PRESSURE (presión alta)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	BLOOD DISORDER (problemas en la sangre)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ARTHRITIS (Artritis)			
<input type="checkbox"/>		OTHER (Otros problemas) _____			

DO YOU HAVE A POSITIVE FAMILY HISTORY FOR ANY OF THE ABOVE? / ¿Tiene historial positivo de cualquiera de las anteriores en su familia?

YES/Si NO

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

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? _____

HAVE YOU EVER HAD AN EMG/NCS TEST IN THE PAST?/ ¿Se ha realizado previamente un estudio de los nervios (EMG/NCV)? YES/Si NO

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

REVIEW OF SYSTEMS (Revise los sistemas):

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

YES	NO	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MUSCLE WEAKNESS (parálisis muscular/atrofia/debilidad muscular)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TREMORS (movimiento involuntario/temblores)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NUMBNESS/TINGLING/BURNING SENSATION/LOSS OF SENSATION (adormecimiento/hormigueo/ardor/pérdida de sensibilidad)
<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 de articulación/es, hinchazón ó rigidez)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DECREASED RANGE OF MOTION (disminución del rango 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 agarrar o apretar)

SOCIAL HISTORY (historial social):

SMOKE (fuma) YES NO ALCOHOL (toma) YES NO

DATE COMPLETED / (Fecha) _____

SIGNATURE / (Firma) _____