

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

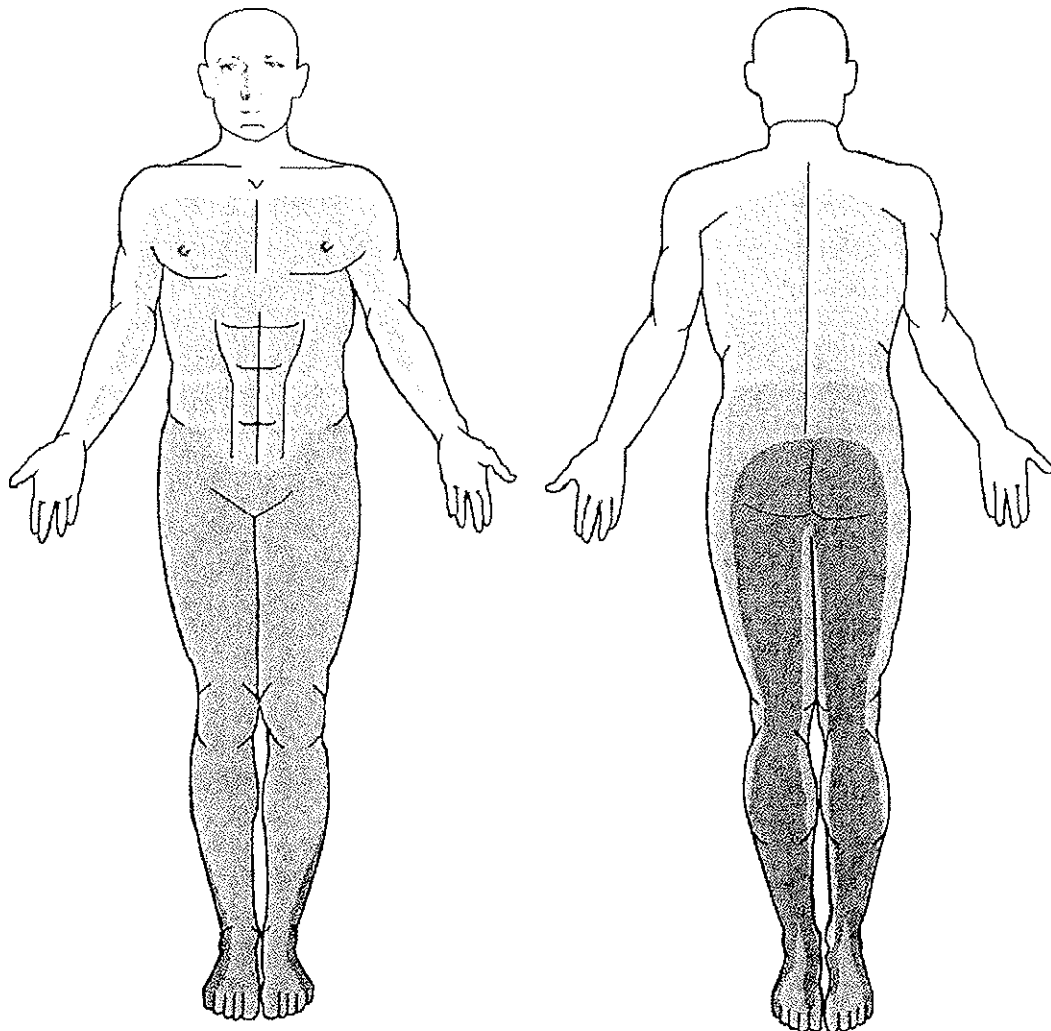
Sensacion de puñaladas

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? Sí 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, cuantas 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

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

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

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.

11. During the past week, how much difficulty have you had sleeping because of the pain in your arm, shoulder or hand?

Durante la semana pasada, ¿cuánta dificultad ha tenido usted para dormir a causa del dolor en el brazo, hombro o mano?

<i>No difficulty</i>	<i>Mild</i>	<i>Moderate</i>	<i>Severe</i>	<i>Unable</i>
<i>Sin dificultad</i>	<i>Leve</i>	<i>Moderada</i>	<i>Severa</i>	<i>Incapaz</i>
1	2	3	4	5

Restore FX PT Questionnaire

Name: _____

Date of Birth: _____

Phone number: _____

Injured body part: _____

Date of Injury: _____

Cause of injury: _____

Occupation: _____

1. Are you currently working? Yes/No
If not, what was the last date that you worked? _____

2. Is a modified duty available at your job? Yes/No
If so, what would be different about modified duty?

3. What are some of the physical tasks that you have to do at your job? (i.e. lifting a certain amount of weight, pushing and pulling, etc.)

4. Do you plan to return to your job? Yes/No

5. What was your salary at your last job?

You can write in exact amount here _____ or circle one below:

- Less than \$12,000
- \$12,000-19,999
- 20,000-39,999
- 40,000-59,999
- \$60,000 or more

6. About how many absences did you have each year at your last job?

- None
- 1-4
- 5-10
- 11 or more

Restore FX PT Questionnaire

Name: _____

7. What is the highest level of education that you have finished?

- Some high school
- High school graduate/GED
- Technical school
- Some college
- College graduate
- Master's degree or PhD

8. Were you a member of a union at your last job? Yes/No

9. Was there anyone at your last job that you did not get along with? Yes/No

10. Did you like the type of work that you were doing at your last job? Yes/No

11. Prior to your injury, were you able to complete 100% of your job duties? Yes/No

12. How many minutes are you able to sit prior to an increase in pain? _____

13. How many minutes are you able to stand prior to an increase in pain? _____

14. How many minutes are you able to walk prior to an increase in pain? _____

15. On average, how many hours of sleep do you get each night? _____

16. What percentage of your regular daily activities are you able to complete each day?

- 0-20% 20-40% 40-60% 60-80% 80-100%

Restore FX PT Questionnaire

Name: _____

CONFIDENTIAL MEDICAL HISTORY

Please complete the following questions to the best of your ability. This information will help your therapist develop a treatment plan that will meet your individual needs.

How did this problem occur? (Lifting, twisting, falling, accident, unknown, etc.): _____

Symptoms: _____

How long have you been dealing with this problem? _____

Date	Service	Outcome
	Hospitalization	
	Steroid Injections/ _____ #	
	X-Rays	
	CT scan or MRI	
	Nerve Conduction Study	
	Surgery	
	Chiropractic	
	Physical Therapy	
	Occupational Therapy	
	Other:	

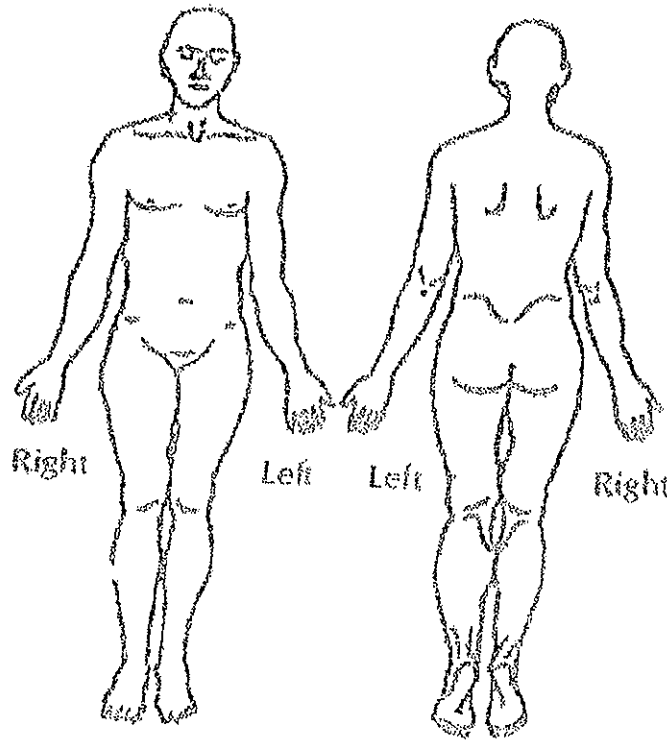
Please indicate if you have been diagnosed with any of the following medical conditions:

- | | | |
|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Circulation problems | <input type="checkbox"/> Pregnancy |
| <input type="checkbox"/> Heart Disease | <input type="checkbox"/> High Blood Pressure | <input type="checkbox"/> Fibromyalgia |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> HIV Aids |
| <input type="checkbox"/> Seizure Disorder/Epilepsy | <input type="checkbox"/> MRSA or Staph infection | |
| <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Multiple Sclerosis | |
| <input type="checkbox"/> Psychological Disorder (including panic attacks, depression, and anxiety) | | |

Other: _____

Allergies (medication, latex, etc.): _____

Please indicate on the body diagrams where your symptoms are:



Check any of the following that you are experiencing:

Aching Stabbing Pins and needles Numbness Burning sensation

Rate your pain using the following scale, with 0 being no pain and 10 being the worst pain imaginable:

What is your pain level at its best? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

What is your pain level at its worst? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Do you experience dizziness or numbness with the pain? _____
