

Bedford Orthopedics

¿Dónde está su dolor o su problema? (Marque con un círculo todas las partes involucradas)

Where is your Pain or Problem? (Circle all involved)

Extremidad superior <i>Upper Extremity</i>			Extremidad inferior <i>Lower Extremity</i>			Columna vertebral / <i>Spine</i>
[ ] Hombro / <i>Shoulder</i>	[Derecho <i>Right</i> ]	[Izquierdo <i>Left</i> ]	[ ] Cadera / <i>Hip</i>	[Derecha <i>Right</i> ]	[Izquierda <i>Left</i> ]	[ ] Cuello / <i>Neck</i>
[ ] Brazo / <i>Arm</i>	[Derecho <i>Right</i> ]	[Izquierdo <i>Left</i> ]	[ ] Muslo / <i>Thigh</i>	[Derecho <i>Right</i> ]	[Izquierdo <i>Left</i> ]	[ ] Espalda / <i>Back</i>
[ ] Codo / <i>Elbow</i>	[Derecho <i>Right</i> ]	[Izquierdo <i>Left</i> ]	[ ] Rodilla / <i>Knee</i>	[Derecha <i>Right</i> ]	[Izquierda <i>Left</i> ]	[ ] Pelvis / <i>Pelvis</i>
[ ] Antebrazo <i>Forearm</i>	[Derecho <i>Right</i> ]	[Izquierdo <i>Left</i> ]	[ ] Pierna / <i>Leg</i>	[Derecha <i>Right</i> ]	[Izquierda <i>Left</i> ]	
[ ] Muñeca/mano <i>Wrist/Hand</i>	[Derecha <i>Right</i> ]	[Izquierda <i>Left</i> ]	[ ] Pie/tobillo <i>Foot/Ankle</i>	[Derecho <i>Right</i> ]	[Izquierdo <i>Left</i> ]	

¿Cuándo empezó / *When did this start?* \_\_\_\_\_;

¿Le había sucedido antes / *Has this happened before?* \_\_\_\_\_

¿Empezó en el trabajo / *Did this happen at work?* \_\_\_\_\_

¿Cómo empezó esta condición / *How did this condition begin?*

\_\_\_\_\_

¿Qué tratamientos se han realizado para esta condición / *What treatment has been done for this?*

\_\_\_\_\_

¿Qué cirugías se han realizado para esto / *What surgeries have been done for this?*

\_\_\_\_\_

¿Qué pruebas se han realizado para esto / *What tests have been done for this?* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Clasifique su dolor con un círculo alrededor de un número / *Please rate your pain by circling a number:*

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Dolor insignificante

*Insignificant pain*

→

¡El peor dolor de mi vida!

*Worst pain in my life!*

¿Qué empeora el dolor / *What makes the pain worse?*

\_\_\_\_\_

¿Qué mejora el dolor / *What makes the pain better?*

\_\_\_\_\_

Use solo tinta AZUL o NEGRA para completar este formulario. Use letra de imprenta.

*Please use BLUE or BLACK ink only to complete this form. Please print*