

**CENTER FOR ADVANCED SPORTS MEDICINE**  
**KNEE AND SHOULDER**

**Ankle Intake Form**  
*Questionario de Tobillo*

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

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

Occupation: \_\_\_\_\_  
Ocupacion \_\_\_\_\_

Age: \_\_\_\_\_  
Edad \_\_\_\_\_

Referred by: \_\_\_\_\_  
Por quien fue referido \_\_\_\_\_

Primary Care Physician: \_\_\_\_\_  
Doctor Primario \_\_\_\_\_

Pharmacy Name & Address: \_\_\_\_\_  
Nombre de farmacia y direccion \_\_\_\_\_

**CHIEF COMPLAINT:**

- Is your problem in the:                      **RIGHT ANKLE**                      **LEFT ANKLE**                      **BOTH**  
Su problema es en el                      Tobillo derecho                      tobillo izquierdo                      los dos
  
- How long have you had this problem? \_\_\_\_\_  
Cuanto tiempo tiene este problema
  
- Is your problem getting:                      **worse**                      **better**                      **staying the same**  
Su problema esta                      peor                      mejor                      se mantiene igual
  
- Was this a result of an injury?                      **YES**                      **NO**  
su problema fue resultado de un accidente

If yes, please describe how it happened: \_\_\_\_\_  
Si la respuesta es SI como sucedio \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Is this a worker's compensation injury?                      **YES**                      **NO**  
Esto es un accidente de compensacion de trabajo

If yes, please answer the following questions. If no, please advance to next heading  
Si respondio SI, por favor conteste las siguientes preguntas. Si no continúe al siguiente parrafo.

1. Job title: \_\_\_\_\_  
Ocupacion

2. Date of Injury: \_\_\_\_\_  
Fecha de Accidente

3. Are you:                      **Off work**                      **Modify/light duty**                      **Full duty**  
Usted esta                      fuera del trabajo                      Trabajo ligero                      Tiempo completo

4. If you are not working, what date did you last work? \_\_\_\_\_  
Si usted no esta trabajando, cual fue su ultimo dia

SYMPTOMS:

- If you are experiencing pain, where is it located?  
*Si esta sintiendo dolor en donde esta ubicado ?*

Front of the ankle      Back of the ankle      Inside ankle      Outside ankle  
*frente el tobillo      atras del tobillo      dentro del tobillo      fuera del tobillo*

- Please rate the intensity of your pain/discomfort, (0= no pain; 10= severe pain)  
*Porfavor marcar la intensidad del dolor /inconformidad .(0=no dolor, 10= dolor severo)*

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

- Is your pain worse at any particular time of the day ?  
*su dolor es peor durante algun tiempo en especifico ?*

Morning      Daytime      Night  
*Mañana      Durante el dia      Noche*

- What activities make your pain worse? \_\_\_\_\_  
*Que actividades empeoran su dolor ?*

- Do you ever have the following symptoms in your ankle?      If yes, please describe  
*Alguna ves a tenido los siguientes sintomas en su tobillo ?*      *Si la respuesta es SI, describalo*  
YES      NO

Stiffness \_\_\_\_\_  
*rijidez*  
Numbness \_\_\_\_\_  
*entumecido*  
Swelling \_\_\_\_\_  
*inflamacion*  
Instability \_\_\_\_\_  
*inestabilidad*  
Weakness \_\_\_\_\_  
*debilidad*  
Other \_\_\_\_\_  
*otro*

PRIOR TREATMENT:

- Have you tried any of the modalities below?      Symptoms relieved?  
*Usted a tratado alguno de los siguientes ?*      *Sintio Alivio*

Yes      No      Description      (Y/N)

- Medication      Names: \_\_\_\_\_  
*medicacione*      *nombre*
- Physical Therapy      Length of time: \_\_\_\_\_  
*terapia fisica*      *duracion*
- Injections      How many: \_\_\_\_\_  
*inyecciones*      *cantidad*
- Brace      Type: \_\_\_\_\_  
*soportes*      *tipo*
- Crutches/Cane      Duration: \_\_\_\_\_  
*mulestas/baston*      *duracion*
- Other      Describe: \_\_\_\_\_  
*otro*      *describalo*

MEDICAL HISTORY:

- Do you have a current of past history of the following?  
*Usted tiene algun historial medico de los siguientes ?*

- Heart problem  
*problema del corazon* \_\_\_\_\_
- Lung problem  
*problema del pulmon* \_\_\_\_\_
- High blood pressure  
*precion alta* \_\_\_\_\_
- Diabetes  
*diabetis* \_\_\_\_\_
- Cancer  
*cancer* \_\_\_\_\_
- Stomach problems  
*problema del estomago* \_\_\_\_\_
- Kidney problems  
*problema del riñon* \_\_\_\_\_
- Liver problems  
*problema del higado* \_\_\_\_\_
- Seizures  
*convulsiones* \_\_\_\_\_
- Thyroid problems  
*problema de tiroides* \_\_\_\_\_
- Other  
*otro* \_\_\_\_\_

- Please list all medications you are currently taking with dosage and frequency:  
*Porfavor menciones todo los medicamentos que este tomando incluya dosis y frecuencia*  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Do you have any allergies to medication?      YES      NO      If yes, please list:  
*tiene algun tipo de alergia algun medicamento ?*      *si la respuesta es SI mencinelos*  
\_\_\_\_\_

- Please list past surgeries and hospitalizations:  
*mencionar otras cirugias o hospitalizaciones*  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Do you drink?      YES      NO      If yes, how much per week? \_\_\_\_\_  
*toma licor*      *cuanto por semana*
- Do you smoke?      YES      NO      If yes, how much per day? \_\_\_\_\_  
*fuma*      *cuanto por dia*
- Do you use a special diet?      YES      NO      If yes, describe: \_\_\_\_\_  
*usa alguna dieta especifica*      *describir*
- Do you exercise?      YES      NO      If yes, describe: \_\_\_\_\_  
*hace ejercicios*      *describir*
- Sports/Hobbies: \_\_\_\_\_
- How tall are you? \_\_\_\_\_      How much do you weight? \_\_\_\_\_  
*estatura*      *cual es su peso*

