

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

**ELBOW INTAKE FORM**

*Questionario De Codo*

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 elbow      Left elbow      Both  
(Su problema es en la )      (Hombro Derecho)      (Hombro 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 probelma esta )      (Peor)      (Mejor)      (Mantiene Igual)
- Was this the result of an injury?      YES      NO  
(Fue resultado de un accidente ?)

If yes, please describe how it happened: \_\_\_\_\_  
(Si la respuesta fue si Describa como sucedio )

- Is this a worker's compensation injury?      YES      NO  
(Fue Accidente de Trabajo?)

If yes, please answer the following questions. If no, please advance to next heading  
(Si la respuesta fure Si describa como sucedio, si no siga al siguiente parrafo)

1. Job title: \_\_\_\_\_  
(Titulo de Trabajo)
2. Date of injury: \_\_\_\_\_  
(Fecha de Accidente)
3. Are you:      Off work      Modified/light duty      Full duty  
(Usted esta)      (Fuera del Trabajo)      (Trabajo Lijero)      (Trabajo Completo)
4. If you are not working, what date did you last work? \_\_\_\_\_  
(Si usted no trabajo, cual fue el ultimo dia de trabajo?)

**SYMPTOMS:**

- If you are experiencing pain, where is it located? \_\_\_\_\_  
( Si esta sintiendo dolor, en donde esta ubicado?)
- Please rate the intensity of your pain/discomfort. (0 = no pain; 10 = severe pain)  
Porfavor marcar la intensidad de su dolor (0= no dolor, 10= dolor extremo)

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

- Please describe your pain: (Describa su dolor )

off and on (A ratos)	constant (constante)	dull (molestia)	sharp (agudo)
throbbing (Palpitacion)	tight (Precion)	burning (Quemason)	tingling (Hormigueo)

- Is your pain worse at any particular time of the day?

Upon waking (Al Caminar)	Daytime (Dia)	Night (Noche)
-----------------------------	------------------	------------------

- What activities make your pain/discomfort worse? (Example: writing, picking up objects).  
*Que Actividades el dolor / incomodidad es peor? (Ejemplo: escribir, recoger objetos)*
- 

- Do you experience any of the following?  
*Usted Siente alguno de los siguientes ?*

	Yes	No	If yes, please describe <i>Si la respuesta es SI describirlo</i>
Stiffness <i>Rijidez</i>			_____
Numbness <i>Entumecido</i>			_____
Swelling <i>Inflamación</i>			_____
Weakness <i>Debilidad</i>			_____
Instability <i>Inestabilidad</i>			_____
Other <i>Otro</i>			_____

PRIOR TREATMENT:

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

	Yes	No	Description	(Y/N)
<input type="radio"/> Medication <i>Medicacion</i>			Names: _____ <i>Nombres</i>	_____
<input type="radio"/> Physical therapy <i>Terapia Fisica</i>			Length of time: _____ <i>Duracion</i>	_____
<input type="radio"/> Injections <i>Inyeccion</i>			How many: _____ <i>Cuantos</i>	_____
<input type="radio"/> Other <i>Otro</i>			Describe: _____ <i>Describalo</i>	_____

MEDICAL HISTORY:

- Do you have a current or past history of the following?  
*Tiene algun Historial Medico de los siguientes ?*

	Yes	No	Please describe all "yes" responses. <i>Si la respuesta es "SI" describirlo</i>
<input type="radio"/> Heart problem <i>Problema del Corazon</i>			_____
<input type="radio"/> Lung problem <i>Problema Del Pulmon</i>			_____
<input type="radio"/> High blood pressure <i>Precion Alta</i>			_____
<input type="radio"/> Diabetes <i>Diabetis</i>			_____
<input type="radio"/> Cancer <i>Cancer</i>			_____
<input type="radio"/> Stomach problems <i>Problema delEstomago</i>			_____
<input type="radio"/> Kidney problems <i>Problema Del Riñon</i>			_____
<input type="radio"/> Liver problems <i>Probema del Hgado</i>			_____
<input type="radio"/> Seizures <i>Convulsiones</i>			_____
<input type="radio"/> Thyroid problems <i>Tiroides</i>			_____
<input type="radio"/> Other <i>Otro</i>			_____

- Please list all medications you are currently taking with dosage and frequency:  
*Favor escribir todos los medicamentos que tome, 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 mencionarlos:*

---

- Please list past surgeries and hospitalizations:  
*Lista de otras Cirugías o Hospitalizaciones :*

---

- Do you drink alcohol? 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?*  
How long have you smoked? \_\_\_\_\_  
*Cuanto Tiempo a fumado?*
- Do you use a special diet? YES NO If yes, describe: \_\_\_\_\_  
*Usa alguna dieta? Describir:*
- Do you exercise? YES NO If yes, describe: \_\_\_\_\_  
*Hace ejercicios? Describir:*
- Sports/Hobbies: \_\_\_\_\_  
*Deportes?*
- How tall are you? \_\_\_\_\_ How much do you weigh? \_\_\_\_\_  
*Estatura? Cual es su Peso?*