

CENTER FOR ADVANCED SPORTS MEDICINE

KNEE AND SHOUDLER

KNEE INTAKE FORM Questionario de Rodilla

Name: _____
(Nombre:)

Date: _____
(Fecha:)

Occupation: _____
(Ocupación:)

Age: _____
(Edad:)

Referred by: _____
Por quien fue Referido:

Primary Care Physician: _____
Doctor Primario:

Pharmacy Name & Address: _____
Nombre de Farmacia & Direccion:

CHIEF COMPLAINT:

- Is your problem in the: Right knee Left knee Both
Su problema es: Rodilla Derecha Rodilla Izquierda Las Dos
- How long have you had this problem? _____
Por cuanto tiempo usted a tenido este problema?
- Is your problem getting: Worse Better Staying the same
Su problema esta: Peor Mejor Se mantiene igual
- Was this the result of an injury? YES NO
Suproblema fue resultado de un accidente?

If yes, please describe how it happened: _____
Si la respuesta es SI describalo:

- Is this a worker's compensation injury? YES NO
Esto fue accidente de trabajo?

If yes, please answer the following questions. If no, please advance to next heading
Si la respuesta es SI conteste las siguiente respuestas. Si es NO continúe al siguiente parrafo.

1. Job title: _____
Ocupación:
2. Date of injury: _____
Fecha de Accidente
3. Are you: Off work Modified/light duty Full duty
usted esta: Fuera del trabajo Medio tiempo Tiempo completo
4. If you are not working, what date did you last work? _____
Si usted no esta trabajando cual fue el ultimo diaque trabajo?

SYMPTOMS:

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

Front of knee <i>Frente la rodilla</i>	Back of knee <i>Atras de la rodilla</i>	Inside surface of knee <i>Dentro de la rodilla</i>
Outside surface of knee <i>Fuera de la rodilla</i>	Behind knee cap <i>atras de la rotula</i>	
- 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 severo)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

- Please describe your pain: Describa su dolor:

off and on <i>A ratos</i>	constant <i>contante</i>	dull <i>molestia</i>	sharp <i>agudo</i>
throbbing <i>palpitacion</i>	tight <i>precion</i>	burning <i>quemason</i>	tingling <i>hormigueo</i>

- Is your pain worse at any particular time of the day? *Su dolor es específicamente durante?*

Upon waking
al despertar

Daytime
durante el día

Night
Noche

- What activities make your pain/discomfort worse? (Ex: climbing stairs) _____
Que actividades el dolor/incomodidad es peor? Ejemplo: subir escaleras

- Is your knee comfortable at rest?
Su rodilla esta confortable cuando descansa ? YES NO
- Do you use supports to walk (brace, crutches, cane, etc)?
Usted usa soporte al caminar (soporte, muletas, baston, etc)? YES NO
- Does your knee lock or catch when you walk?
Su rodilla se bloquea o asegura cuando camina ? YES NO
- Can you walk up one flight of stairs?
Puede caminar un escalon ? YES NO
- Can you walk up five flights of stairs?
Puede caminar cinco escalones ? YES NO Unk
- Can you run the length of one block?
Puede correr un bloque ? YES NO Unk
- Can you run one mile?
puede correr una milla? YES NO Unk
- Can you pivot, change directions, or jump without
puede ,cambiar direcciones o saltar sin que su rodilla se mueba?
your knee “giving way”? YES NO Unk
- Are you able to perform activities of daily life?
puede hacer actividades diarias ? YES NO
- Are you able to participate in sports?
puede participar en deportes? YES NO N/A
- Are you able to participate in sports at the level you desire?
puede participar en deportes de la manera que desea ? YES NO N/A
- Are you able to work full-time at your regular job?
puede trabajar tiempo completo en su trabajo regular? YES NO N/A
- Do you ever have the following symptoms in your knee?
Alguna ves usted a tenido los siguiente sintomas en su rodilla ?
Yes No If yes, please describe *Si ,la respuesta es Si describirlo*

Stiffness

Rijidez

Numbness

entumecido

Swelling

inflamacion

Weakness

debilidad

Instability

inestabilidad

Other

otro

PRIOR TREATMENT:

- Have you tried any of the modalities below? Symptoms relieved?
A tratado alguno de los siguiente ? Alibiaron los sintomas

Yes No Description (Y/N)

- Medication
Medicina Names: _____
- Physical therapy
Terapia Fisica Length of time: _____
- Injections
inyecciones How many: _____
- Other
otro Describe: _____

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.
Favor describir todos los que respondi SI

- Heart problem
Proble 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 Hgado
- Seizures
Convulciones
- Thyroid problems
Problem de Tiroydes
- Other
otro

- Please list all medications you are currently taking with dosage and frequency:
Favor mencionar la lista de medicamentos que este tomando incluyendo dosis y frecuencia:

- Do you have any allergies to medication? YES NO If yes, please list:
Tiene alguna alergia a medicamentos ? mencionar si respondio SI

- Please list past surgeries and hospitalizations:
Mencionar cirugias que haya tenido anteriormen t :

- Do you drink alcohol? YES NO If yes, how much per week? _____
toma alcohol? Si, cuanto por semana?
- Do you smoke? YES NO If yes, how much per day? _____
fuma Si, cuanto por dia?
How long have you smoked? _____
cuanto tiempo a fumado ?
- Do you use a special diet? YES NO If yes, describe: _____
hace alguna dieta? si, describalo
- Do you exercise? YES NO If yes, describe: _____
hace ejercicios? si, describalo
- Sports/Hobbies: _____
deportes:
- How tall are you? _____ How much do you weigh? _____
su estatura ? su peso?