

CENTER FOR ADVANCED SPORTS MEDICINE, KNEE & SHOULDER

Andrew S. Levy, MD

MEDICAL HISTORY QUESTIONNAIRE

Questionario Historial Medico

Name : _____ Age: _____ Sex: M F
Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: (H) (M)

Primary Care Physician: _____
Doctor Primario :

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

Why are you seeing the doctor today? _____
Rason de la visita al Doctor?

How long have you had this problem? (include date of injury) _____
Cuanto tiempo tiene el Problema ?(incluye el dia de accidente)

How did injury/accident occur? _____
Como su lesion / accidente ocurio?

Is your problem getting: worse better staying the same
Su Problema esta: Peor Mejor Se mantiene igual

Is this a worker's compensation injury? YES NO
Esta lesion es por medio de compensacion de trabajo ?

If yes, please answer the following questions.
Si la respuesta es SI contestar las siguientes preguntas.

1. Job Title: _____
Ocupacion
2. Date of Injury: _____
Fecha de accidente
3. Are you: Off work Modified duty Full duty
Usted esta Fuera del trabajo Trabajo Lijero Tiempo Completo
4. If you are not working full duty, what date did you last do so? _____
Si usted no esta trabajando tiempo completo cual fue el ultimo dia ?

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

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Please describe your pain:
Porfavor describir su dolor:

Off and on <i>(A ratos)</i>	constant <i>(constante)</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 peor especificamente durante ?

Morning
La Mañana

Daytime
Durante el Dia

Night
Noche

What activities make your pain/discomfort worse? (Ex: climbing stairs, particular movement) *Que actividades hacen el dolor/incomodidad peor? (Ex: subir escalones ,algun movimiento particular)*

Do you ever have the following symptoms? *Alguna ves a tenido los siguiente sintomas ?*

YES

NO

If yes, please describe. *Si la rspuesta es SI describirlo.*

Stiffness
Rijidez

Numbness
entumecido

Swelling
inflamacion

Weakness
debilidad

Instability
inestabilidad

Have you tried any of the modalities below? Were your symptoms relieved?

A tratado alguno de los siguientes ? Alibieron los sintomas?

YES

NO

Yes No

Medication
medicina
Physical
Therapy
terapia fisica

Type: _____
Tipo:
Length of Time: _____
tiempo de terapia:

Injections
inyecciones
Other
otor

Location of Injection: _____
Lugar de inyeccion:
Describe: _____
describir:

Please list all medications you are currently taking with dosage and frequency:

Porfavor mecionar todo tipo de medicamento que usted toma incluyendo la dosis y frecuencia:

Do you have any allergies to medication?

Tiene algun tipo de allegia algun medicamento?

Yes

No

If yes, please list:

Si , mecionelo:

Please list past surgeries and hospitalizations: _____
Describir todo tipo de cirugía y hospitalización:

Do you currently have, or, have you ever had problems with the following?
Usted actualmente tiene o alguna vez a tenido los siguientes?

	YES	NO	Please describe all "YES" responses. <i>Si la respuesta es SI describalo</i>
Heart Problem <i>Problema de Corazon</i>			_____
Breathing, Lungs <i>Respiratorio, Pulmones</i>			_____
High Blood Pressure <i>Precion Alta</i>			_____
Cancer <i>Cancer</i>			_____
Diabetes <i>Diabetis</i>			_____
Arthritis <i>Artritis</i>			_____
Stomach Problems <i>Problema del Estomago</i>			_____
Kidney or Liver Problems <i>Problema de Riñon o Hgado</i>			_____
Seizures <i>Convulsiones</i>			_____
Thyroid Problems <i>Problema de Tiroydes</i>			_____
Other <i>Otro</i>			_____

Do you drink alcohol? YES NO If yes, how much per week? _____
Usted toma bebidas alcoholicas? Cuanto por semana?

Do you smoke? YES NO If yes, how much per day? _____
Usted fuma? cuanto por dia?

How long have you smoked ? _____
Por cuanto tiempo a fumado?

Sports/Hobbies: _____
Deports:

How tall are you? _____ How much do you weight? _____
Estatura? Cuanto Pesa?

