

CENTER FOR ADVANCED SPORTS MEDICINE
KNEE AND SHOUDLER

SHOULDER INTAKE FORM
Questionario de Hombro

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: _____
(Su problema es en el)
- What is your dominant hand? _____
Cual es su brazo dominante ?
- How long have you had this problem? _____
Cuanto tiempo tiene este problema ?
- Is your problem getting: _____
Su problema esta
- Was this the result of an injury? _____
(su problema fue resultado de un accidente?)

Right shoulder
Hombro Derecho
Right hand
Mano Derecha

Left shoulder
Hombro Izquierdo
Left hand
Mano Izquierda

Worse
(Peor)

Better
(Mejor)

Staying the same
(Se mantiene Igual)

YES NO

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

- Is this a worker's compensation injury? _____
Esto fue un accidente de compensacion de trabajo?

If yes, please answer the following questions. If no, please advance to next heading
Si la respuesta es SI conteste las siguientes preguntas. Si NO favor seguir con el siguiente parrafo.

1. Job title: _____
Occupacion:
2. Date of injury: _____
Fecha de Accidente
3. Are you: _____
usted esta: fuera de 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 dia ?

SYMPTOMS:

- If you are experiencing pain, where is it located? Si siente dolor, en donde esta ubicado?
Top of shoulder Arriba del hombro
Up from elbow/wrist arriba del codo/ muñeca
Down to elbow/wrist bajo el codo/muneca
Back of shoulder atras del hombro
Front of shoulder frente el hombro
Neck cuello

- 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)
throbbing
(Palpitacion)

constant
(constante)
tight
(Precion)

dull
(molestia)
burning
(Quemason)

sharp
(agudo)
tingling
(Hormigueo)

- Is your pain worse at any particular time of the day? Su dolor es espezifcamnete durante ?Upon waking

Up on walking
(Al Caminar)

Daytime
(Dia)

Night
(noche)

- What activities make your pain/discomfort worse? (Ex: lifting overhead) _____
Que Actividades el dolor / incomodidad es peor? (Ejemplo: recojer objetos) _____

- Do you ever have the following symptoms in your shoulder?

A tenido alguna ves los siguientes sintomas en su hombro?

Yes

No

If yes, please describe

Si es SI responder

Stiffness

Rijidez

Numbness

Entumecido

Swelling

Inflamación

Weakness

Debilidad

Instability

Inestabilida

Other

- Has your shoulder ever dislocated?
Alguna ves su hombro se a salido de lugar?

YES

NO

If yes, how many times? _____
Cuantas veses?

Which shoulder? _____
Que Hombro?

PRIOR TREATMENT:

- Have you tried any of the modalities below?
A tratado alguna de las siguientes ?

Symptoms relieved?
Sintomas aliviados ?

Yes No Description (Y/N)

○ Medication
Medicina

Names: _____
Nombre: _____

○ Physical therapy
Terapia Fisica

Length of time: _____
Tiempo de terapia: _____

○ Injections
inyeccion

How many: _____
Cantidad _____

○ Other
otro

Describe: _____
Describir: _____

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 q respondio SI

- Heart problem
Problema del Corazon
- Lung problem
Problema de pulmon
- High blood pressure
Presion Alta
- Diabetes
Diabetis
- Cancer
Cancer
- Stomach problems
Problema del estomago
- Kidney problems
Problema del Riñon
- Liver problems
Problema de higado
- Seizures
convulsiones
- Thyroid problems
Tiroides
- Other
Otro

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

Lista de medicinas que usted tome su dosis y frecuencia:

- Do you have any allergies to medication?
Tiene algun tipo de alergia algun medicamento ?

YES NO

If yes, please list:
Cuales :

- Please list past surgeries and hospitalizations:

Lista de cirugias y hospitalisaciones :

- Do you drink alcohol?
Toma Licor?

YES NO

If yes, how much per week? _____

- Do you smoke?
Fuma?

YES NO

If yes, how much per day? _____

How long have you smoked? _____

- Do you use a special diet?
Usa alguna dieta?

YES NO

If yes, describe: _____

- Do you exercise?
hace ejercicios?

YES NO

If yes, describe: _____

Describalo

- Sports/Hobbies: _____
deportes

- How tall are you? _____
Estatura?

How much do you weigh? _____
Peso?