

PATIENT QUESTIONNAIRE CUESTIONARIO DEL PACIENTE

Please fill out this sheet as carefully as you can. **TRY TO ANSWER ALL THE QUESTIONS** that apply to you. The more complete information you supply, the better your doctor will be able to understand your problem and help you.

*Por favor complete este formulario con cuidado. **TRATE DE CONTESTAR TODAS LAS PREGUNTAS** que se relacionan con su caso. La información más completa servirá para que su doctor entienda mejor su problema.*

You may use the back side of any page to explain your answers or to give more information. Some questions are of a personal nature; they are intended only to assist the doctor in assessing your problem.

Utilice la parte de atrás para explicar sus respuestas o dar mas información. Algunas preguntas son de caracter personal; están diseñadas solamente para ayudar al doctor a entender y evaluar su problema.

Who referred you to this office? *Quién le dió la referencia de nuestra oficina?*

Who is your internist or Family Physician? *Quién es su médico de familia?*

REASON FOR THIS VISIT / RAZÓN POR ESTA VISITA

Please list the main symptoms for which you were referred to this office.

Por favor, haga una lista de los síntomas principales por los cuales fue referido a esta oficina.

Is this condition due to a work related accident or personal injury?

YES ___ NO ___

¿Se debe su condición a un accidente relacionado con su trabajo o una lesión personal?

SI ___ NO ___

If yes, describe your injury *in detail* in your own words / *Si se debe, describa su lesión en detalle usando sus propias palabras.*

Employer at the time of the injury / *Empleador cuando ocurrió el accidente:* _____

Date hired / *Fecha de comienzo de empleo :* _____

Job title when injured / *Título de empleo cuando ocurrió el accidente:* _____

Were you working at any **other** job at the time of your injury?

¿Estaba Ud. trabajando en algún otro empleo cuando ocurrió su lesión? _____

SECTION I: PRESENT COMPLAINTS / QUEJAS ACTUALES (SÍNTOMAS)

Describe in order, beginning with what bothers you the most. Please explain in detail.
Describe en orden, comience con lo que le molesta más. Por favor explique en detalle.

(Please use the back of the page if you need more space / Si necesita espacio adicional, utilice la parte de atrás)

List below any treatments, hospitalizations, medications that you have had in connection with your current problem. List the names of all the physicians and doctors who have treated you or with whom you have consulted.

Haga una lista de cualquier tratamientos, hospitalizaciones, y medicamentos que Ud. ha tenido relacionado con su problema actual. Incluya los nombres de todos los doctores quienes le han tratado o con quienes Ud. ha consultado.

How much time (give dates) have you missed from work due to your current problem? Explain.
¿Cuánto tiempo (dé fechas) ha Ud. faltado al trabajo debido a su problema actual? Explique.

Were any symptoms noted during prior or subsequent employment? Explain
Si algunos síntomas fueron notados durante su trabajo anterior o subsecuente, explique en detalle.

LOCATION OF YOUR PRESENT PAIN / UBICACIÓN DEL DOLOR ACTUAL

Using these pictures and the ones in the next page, indicate which parts of your body are affected by pain by shading them with a pen or pencil.

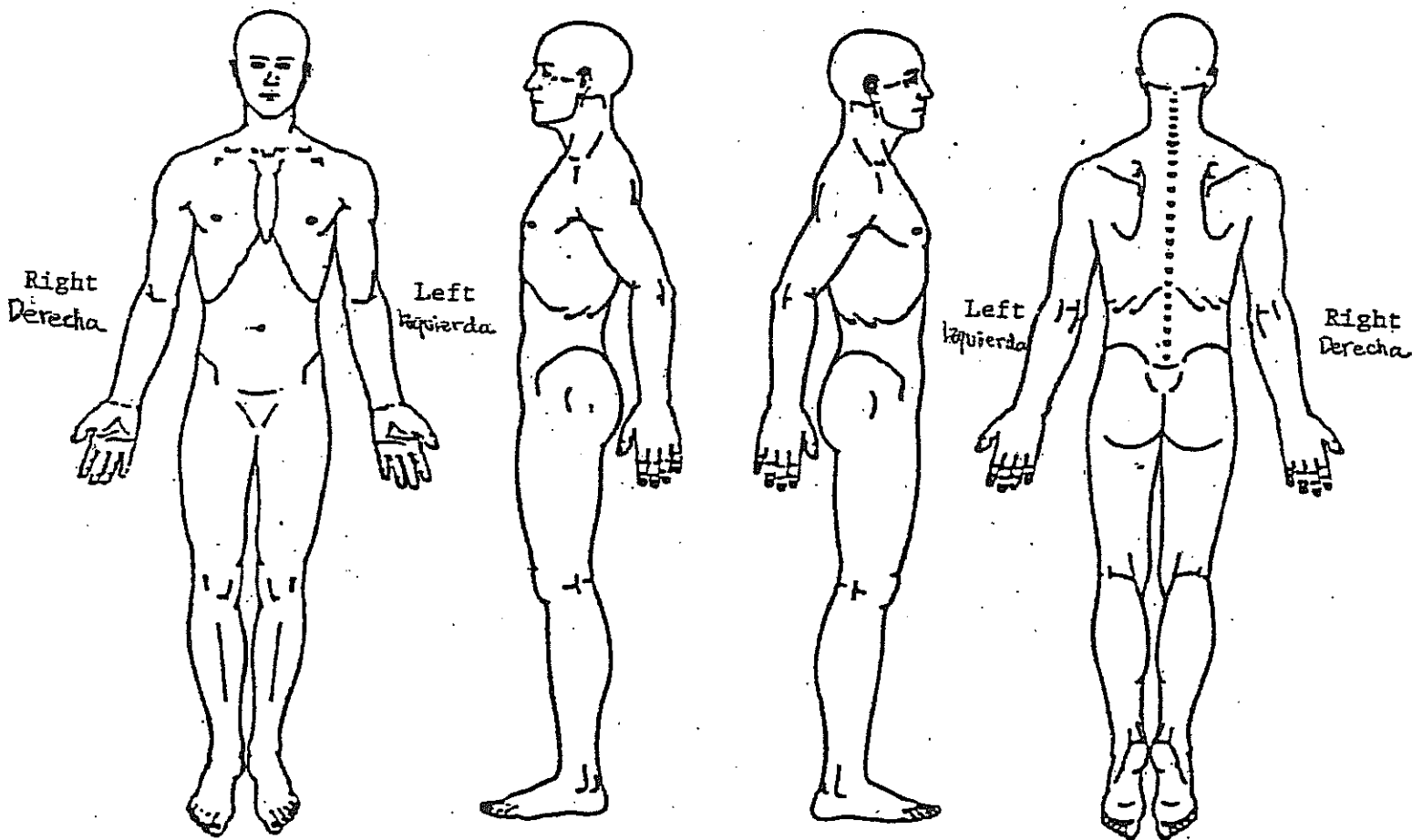
Usando estos dibujos y los de la próxima página, indique cuales partes del cuerpo le producen dolor, sombreándolos con un lápiz.

If you have more than one type of pain, you may use a different color for each.

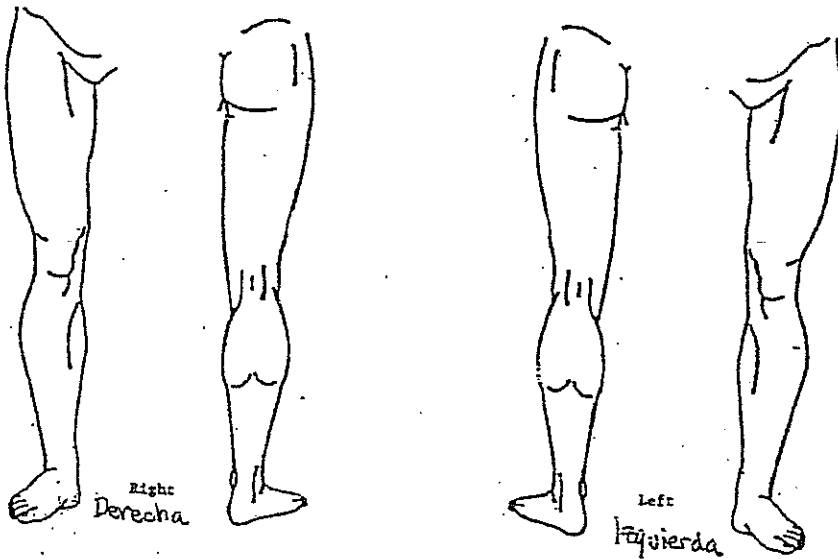
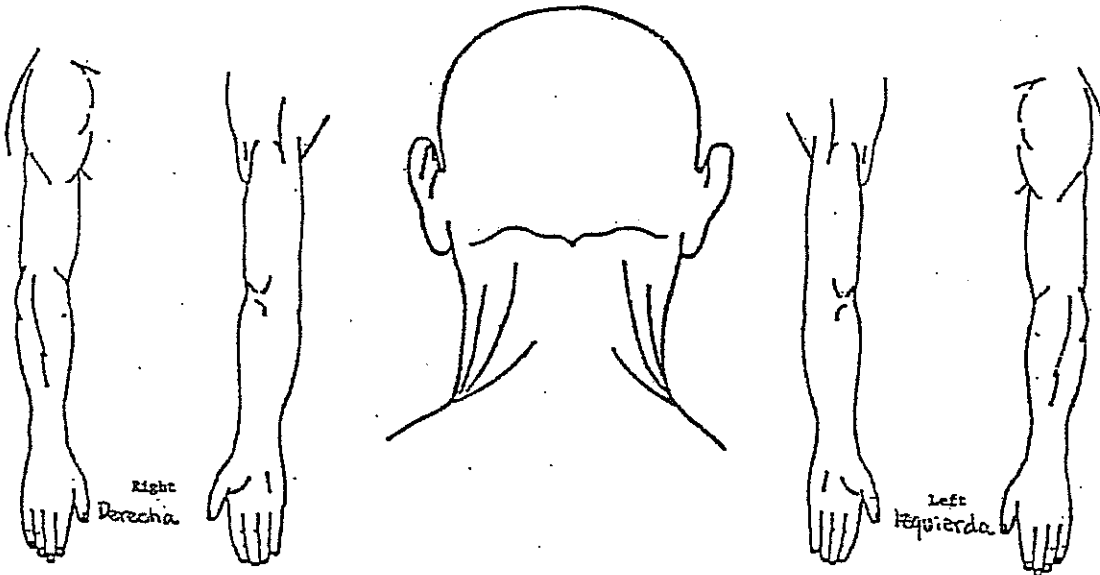
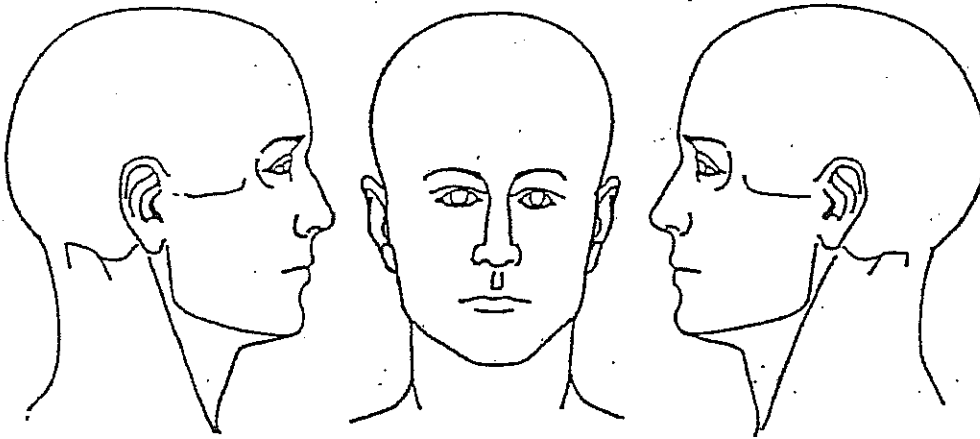
Si Ud. tiene más de un tipo de dolor, puede usar un color diferente para cada tipo.

If you have any spots that are particularly sensitive, painful or tender, or that trigger pain when touched, label them with an "X".

Si Ud. tiene algunos lugares que están especialmente sensitivos o dolorosos, o que producen dolor cuando son tocados, márquelos con un "X".



(more pictures / más dibujos)



Please describe any *other* health problem or injury you have experienced connected with your present or past jobs. / *Por favor describa cualquier otro problema de salud o lesión (herida) que Ud. ha tenido relacionado(s) con su empleo actual o trabajos previos.*

(Please use the back of the page if you need more space / *Si necesita espacio adicional use la parte atrás*)

ON-THE-JOB INJURY / LESIÓN DURANTE EL TRABAJO (if applicable / *si aplica*)

Date you began the job where you were injured / *Fecha que Ud. comenzó el empleo donde ocurrió el accidente:* _____

Are you still employed there? / *¿Todavía trabaja en el mismo lugar?* _____

If **NO**, give date you stopped work _____ and indicate the reason below:
Si NO, dé la fecha que Ud. dejó de trabajar _____ e indique la razón:

Reason / *Razón:*

_____ disability retirement / *jubilación de discapacidad* _____ regular retirement / *jubilación normal*

_____ new job / *nuevo empleo* _____ applied for retirement / *solicitado de retiro*

_____ medical reasons / *razones médicas* _____ laid off / *despido* _____ quit / *dejó* _____ other / *otra razón*

Explain / *Explique:* _____

Did you have a pre-employment physical examination?

¿Tuvo Ud. un examen físico antes de comenzar a trabajar? _____ Yes / *Sí* _____ No

If **YES**, were work restrictions imposed? *¿Si lo ha tenido, cuáles fueron las restricciones a su trabajo?*

_____ Yes / *Sí* _____ No Explain / *Explique* _____

Have you ever had work restrictions imposed? *¿Alguna vez ha Ud. tenido algún tipo de restricción en su trabajo?* _____ Yes / *Sí* _____ No

Explain / *Explique* _____

OSCAR N. ABELIUK, M.D.
NEUROLOGIST

Name / Nombre _____

Social Security # _____

Please describe your job duties in detail. / *Por favor describa los deberes de su trabajo detalladamente.*

SECTION II: PERSONAL INFORMATION / INFORMACIÓN PERSONAL

Age / Edad: _____ Sex / Sexo: Male/Hombre Female/Mujer

Married Casado ___ Single Soltero ___ Divorced Divorciado ___ Separated Separado ___ Widowed Viudo ___

Occupation / Ocupación _____

Place of Birth / Lugar de Nacimiento _____ Highest Grade Completed / Grado escolar completado _____

Height / Altura: _____

Weight / Peso

Now / Ahora: _____ One year ago / Hace un año: _____

Maximum Weight / Peso Máximo: _____ When / Fecha: _____

Right handed / Derecho/a _____ Left Handed / Zurdo _____

Are you on a special diet? ¿Está Ud. en una dieta especial? _____ Type / Tipo: _____

Do you smoke? ¿Fuma? _____ How many packs per day? ¿Cuántos paquetes de cigarillos al día? _____

Do you drink? ¿Toma Ud. alcohol? _____

How many drinks per day? _____ per week? _____ ¿Cuántas bebidas al día? _____ a la semana? _____

Difficulty sleeping? ¿Tiene dificultad para dormir? Yes/Sí No

NON WORK ACTIVITIES / ACTIVIDADES FUERA DE SU TRABAJO

Hobbies / Pasatiempos ___ Crafts / Artesanía ___ Art / Arte ___ Tennis ___ Golf ___ Skiing / Esquiar ___ Bowling ___

Fishing / Pesca ___ Hunting / Caza ___ Camping ___ Running / Correr ___ Hiking / Escalar ___

Travel / Viajar ___ Reading / Leer ___ Movies / Películas, cine ___

Auto Repair / Reparar Automóviles ___ Spectator Sports / Espectáculos Deportivos ___ Shopping /

Compras ___ Gardening / Jardinería ___ Housework / Arreglos en la Casa ___

Other/Otra: _____

STRESS FACTORS / FACTORES DE TENSION

Job / Empleo Low Bajo Medium Media High Alto

Financial / Financiero Low Bajo Medium Media High Alto

Personal Low Bajo Medium Media High Alto

Marital / Conyugal Low Bajo Medium Media High Alto

MILITARY SERVICE / SERVICIO MILITAR

Dates of military service, if any / Fechas de servicio militar: From / Desde: _____ To / Hasta: _____

Branch of Service / Rama de Servicio _____ Assignment / Grado: _____

Where were you stationed? ¿Dónde se le comisionó? _____

Do you have any service-connected disability? / ¿Tiene Ud. algun tipo de incapacidad relacionada con el servicio militar? Yes / Sí _____ No _____

Explain / Explique _____

OSCAR N. ABELIUK, M.D.
NEUROLOGIST

Name / Nombre _____

Social Security # _____

Give details of any illnesses and medical treatment you had while in the service.
Dé todos los detalles de cualquier enfermedad y tratamiento que Ud. tuvo durante su servicio militar.

SECTION III: PAST MEDICAL HISTORY / HISTORIA MÉDICA

PAST HOSPITALIZATIONS/ HOSPITALIZACIONES PASADAS None / Ninguno _____

List any past hospitalizations for illness or surgery. Include minor surgeries.
Haga una lista de hospitalizaciones por enfermedades o cirugías. Incluya cirugías menores que halla tenido antes.

Approx. Date / Fecha Aprox	Reason / Razón	Treatment / Tratamiento	Hospital, City Hospital, Ciudad	Doctor

**PAST ILLNESSES FOR WHICH YOU WERE NOT HOSPITALIZED
ENFERMEDADES POR LAS QUE UD. NO FUE HOSPITALIZADO**

No serious illnesses / Ninguna _____

Age Edad	Approx. Date Fecha Aprox.	Illness Enfermedad

CHILDHOOD DISEASES / ENFERMEDADES DE NIÑEZ

Age Edad	Approx. Date Fecha Aprox.	Illness Enfermedad

**NON WORK-RELATED ACCIDENTS & INJURIES (INCLUDING AUTO ACCIDENTS)
LESIONES Y ACCIDENTES NO RELACIONADOS CON SU TRABAJO (INCLUYA ACCIDENTES DE AUTOMÓVIL)** No previous accidents / Ninguno _____

Approx. Date Fecha Aprox.	Type of Accident Tipo de Accidente	Injuries LESIONES

CURRENT MEDICATIONS / MEDICAMENTOS ACTUALES:

Name of Medicine <i>Nombre de Medicamento</i>	Taking for: <i>Tomado Para:</i>	Length of Time Taken <i>Duración</i>

Are you allergic to any medications? *¿Es Ud. alérgico a algunas medicina?*

No known medication allergies / *Ninguna* _____

Name of Medicine <i>Nombre de Medicamento</i>	Type of Reaction <i>Tipo de Reacción</i>

Previous Tests / Estudios Pasados: CT of head / *Tomografía Computarizada de la cabeza* _____
 CT of back / *de espalda* _____ MRI of head / *Resonancia magnética de la cabeza* _____ MRI of neck / *del cuello* _____
 X-Ray of head / *Radiografía de la cabeza* _____ X-ray of neck / *del cuello* _____ X-Ray of back / *de la espalda* _____
 Myelogram / *Mielograma* _____ EEG (brain waves / *ondas del cerebro*) _____
 EMG (nerve test / *electromiografía*) _____ Discogram / *Discografía* _____

Current physicians OTHER THAN YOUR INTERNIST OR FAMILY PHYSICIAN:
Médicos actuales CON EXCEPCIÓN A SU MÉDICO DE FAMILIA:

Name of Physician <i>Nombre del Médico</i>	Specialty <i>Especialidad</i>	City <i>Ciudad</i>

FAMILY HISTORY / HISTORIA DE FAMILIA

Relative / <i>Pariente</i>	If Living / <i>Si viven</i>		If Deceased / <i>Si fallecieron</i>	
	Age / <i>Edad</i>	Health / <i>Salud</i>	Age / <i>Edad</i>	Cause / <i>Causa</i>
Father / <i>Padre</i>				
Mother / <i>Madre</i>				
Siblings / <i>Hermanos(as)</i>				
1				
2				
3				
4				
5				
6				
Spouse / <i>Espos(a)</i>				
Children / <i>Hijos(as)</i>				
1				
2				
3				
4				
5				
6				

Has any blood relative had: <i>Algun familiar consanguinea tuvo:</i>	Yes / No <i>Si / No</i>
Arthritis / <i>Artritis</i>	
Tuberculosis	
Diabetes	
Heart Disease / <i>Problemas de corazón</i>	
High Blood Pressure / <i>Presión alta</i>	
Stroke / <i>Ataques vasculares</i>	
Mental Illness / <i>Enfermedad Mental</i>	
Suicide / <i>Suicidio</i>	

OCCUPATIONAL HISTORY / HISTORIA PROFESIONAL

All of these questions are in regard to the position you had at the time of your injury. If you have since transferred or changed jobs, please answer for the job at the time you were injured.

Todas estas preguntas se tratan de la posición que tenía al tiempo del accidente. Si Ud. ha cambiado empleos desde su lesión, por favor conteste en relación con el empleo que Ud. tenía cuando ocurrió el accidente.

Name of Employer <i>Nombre del empleador</i>				
Job Title at time of injury <i>Título del empleo al tiempo de la lesión</i>				
Activity / <i>Actividad</i>	Time Spent / <i>Duración</i>			
	None at all <i>Nunca</i>	Up to 1/3 of Workday <i>Hasta 1/3 del día laborable</i>	Up to 2/3 of Workday <i>Hasta 2/3 del día laborable</i>	More than 2/3 of Workday <i>Más de 2/3 del día laborable</i>
Sitting / <i>Sentando</i>				
Standing / <i>Parado</i>				
Bending / <i>Inclinado</i>				
Lifting / <i>Levantando</i> between 0-15 lbs / <i>entre 0-15 lbs</i>				
between 15-40 lbs / <i>entre 15-40 lbs</i>				
between 40-80 lbs / <i>entre 40-80 lbs</i>				
Lifting overhead <i>Levantando sobre la cabeza</i>				
Squatting / <i>Cocillitas</i>				
Climbing / <i>Subiendo</i>				
Kneeling / <i>De rodillas</i>				
Twisting (your torso or lower back) <i>Torciendo el torso o la parte baja de espalda (cintura)</i>				
Walking / <i>Caminando</i>				
Walking on uneven terrain <i>Caminando en terreno desigual</i>				
Simple (or light) grasping with hands <i>Agarrando ligeramente con las manos</i>				
Fine manipulative hand motions, e.g. circuit board work, typing, etc. <i>Movimientos finos de las manos, e.g. mecanografía, etc.</i>				
Pushing and pulling / <i>Empujando y tirando (jalando)</i>				
Reaching overhead / <i>Alcanzando sobre la cabeza</i>				
Use of foot controls / <i>Usando controles con los pies</i>				

occhistE.doc

Do you do any of the following activities? <i>Hace Ud. algunas de estas actividades?</i>			
	Yes / Si	No	
Driving / <i>Manejar</i>			
Walking / <i>Caminar</i>			
Cooking / <i>Cocinar</i>			
Can you / <i>Puede Ud.</i>	Normal		Limited / <i>Limitado</i> Not at all / <i>Nunca</i>
Bend / <i>Inclinarse</i>			
Stoop / <i>Encorvarse</i>			
Walk* / <i>Caminar*</i>			
Sit* / <i>Sentarse*</i>			
Climb / <i>Subir</i>			
Lift* / <i>Levantar*</i>			
*If these activities are limited, please describe your limitation below. *Si estas actividades son limitadas, por favor describa la limitación.			
Activity / <i>Actividad</i>	Blocks / <i>Bloques</i>	Miles / <i>Millas</i>	Minutes/Pounds <i>Minutos / Libras</i>
Walk / <i>Caminar</i>			
Sit / <i>Sentarse</i>			
Lift / <i>Levantar</i>			
Description of Limitation <i>Descripción de Limitación</i>			
Describe the maximal physical activities you engage in / <i>Describe las actividades físicas mas fuertes que Ud. hace.</i>			
Do you currently receive any of the following / <i>Recibe Ud. actualmente algunas de las siguientes cosas?</i>			
Government pension / <i>Pensión del gobierno</i>			Yes / Si No
Workers' Compensation Disability Payments <i>Remuneración de Inhabilidad de Compensación de Trabajadores</i>			
Social Security Disability Payments / <i>Remuneración de Seguridad Social</i>			
Service-Connected Disability / <i>Incapacidad conectada al servicio militar</i>			
Long-Term Disability / <i>Incapacidad Largo Plazo</i>			
State Disability Insurance Fund (SDIF) <i>Fondo del Seguro del Estado por Invalidez (SDIF)</i>			
Has anyone else assisted you with this form? <i>¿Le ayudó alguien allénar estas formas?</i>			
If yes, who? <i>¿Quién?</i>			

