

**RE-EVALUATION QUESTIONNAIRE**  
**CUESTIONARIO DE RE-EVALUACION**

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 current status 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 estatus actual.*

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?*

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

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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 \_\_\_

**SECTION I: PRESENT COMPLAINTS / QUEJAS ACTUALES (SÍNTOMAS)**

Describe in order, beginning with **what bothers you the most at the present time**. Please explain in detail.

*Describa en orden, comience con lo que le molesta mas ahora. 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 **since your last visit**. 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 conectado con su problema actual desde su visita previa. 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.*

---

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 que Ud. ha tenido relacionado con su empleo actual o trabajos previos.*

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

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

### 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.

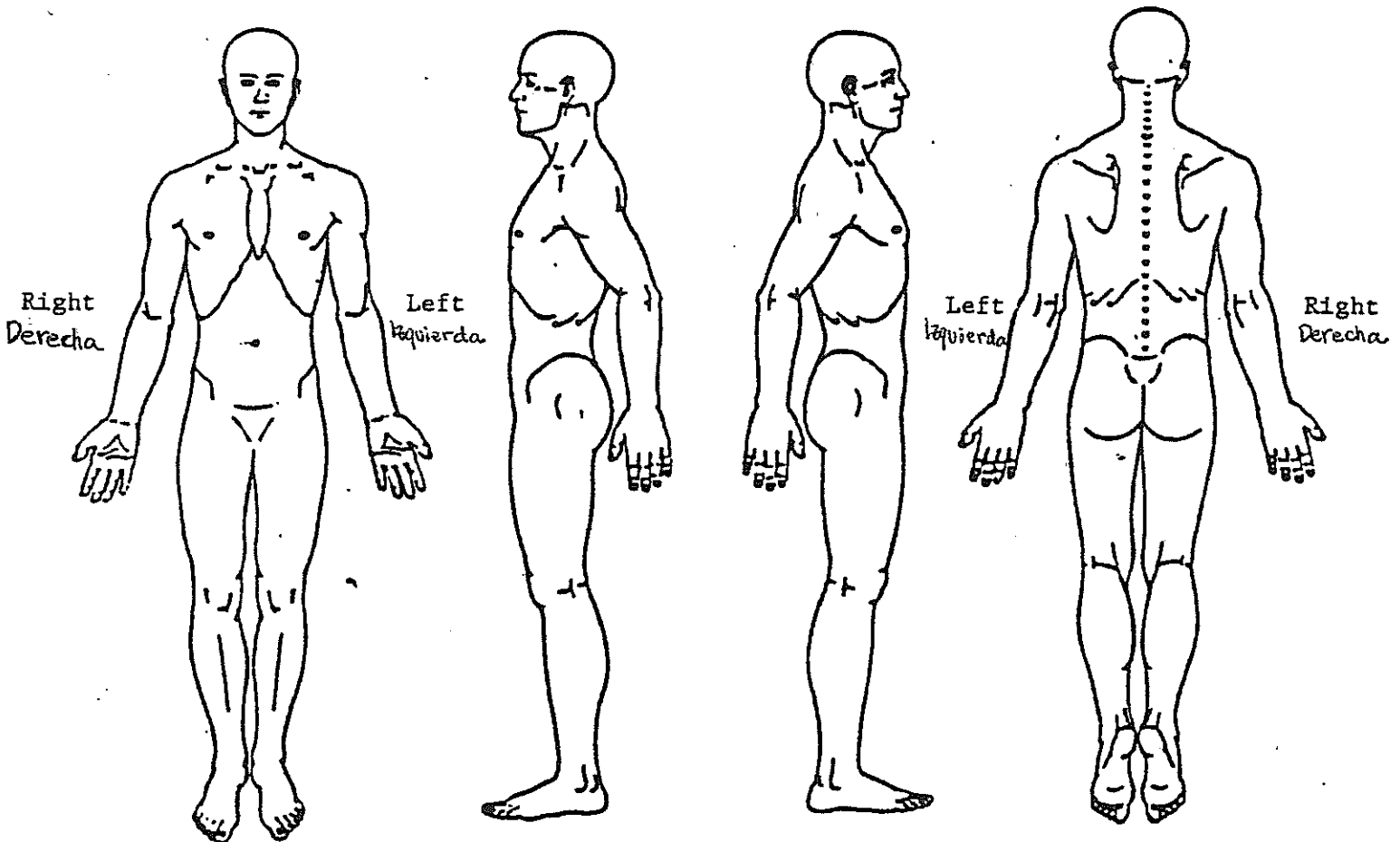
*Usando estos dibujos y los de la próxima página, indique cuales partes del cuerpo le producen dolor, sombreándolos con un lápiz.*

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

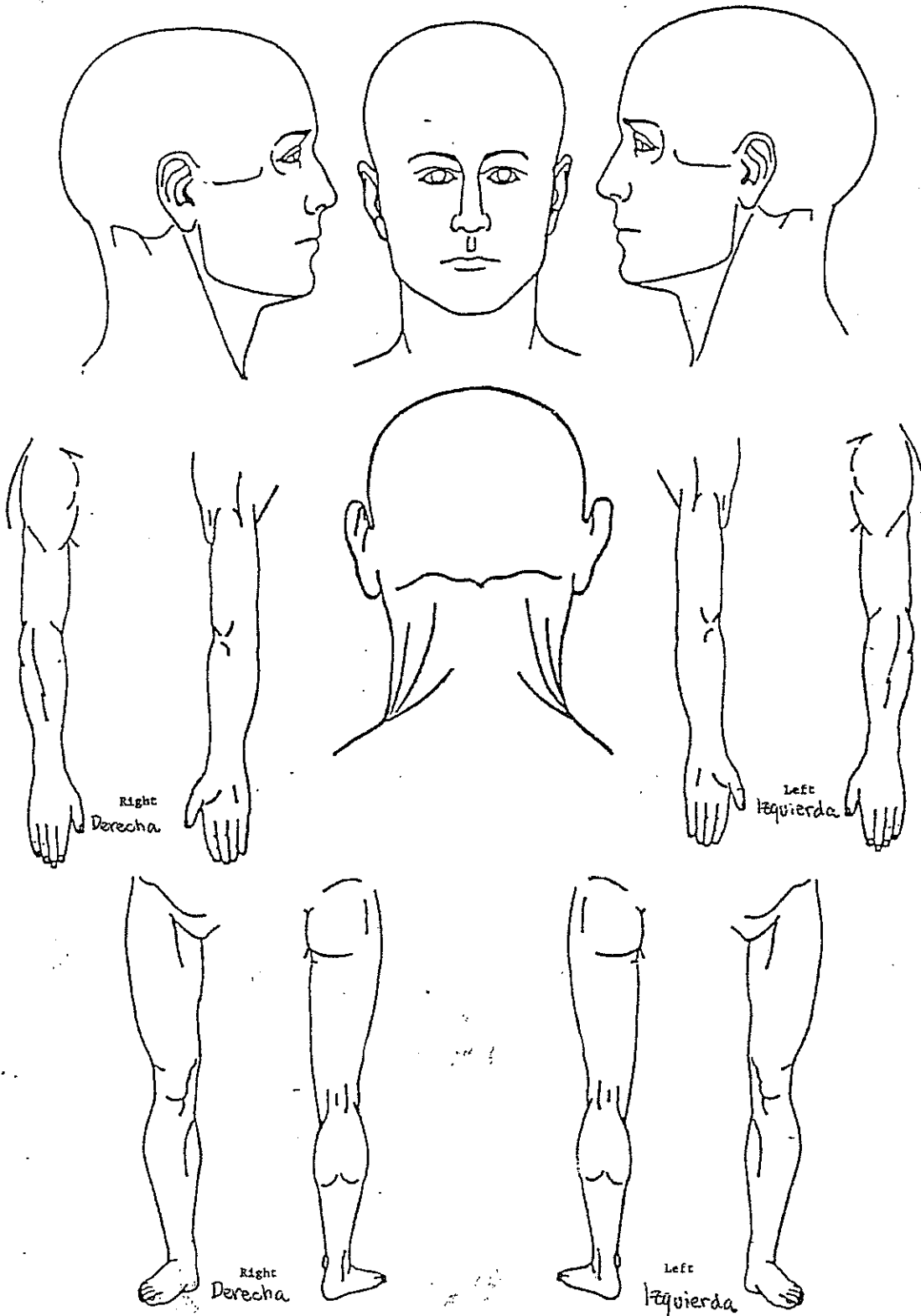
*Si Ud. tiene más de un tipo de dolor, puede usar un color diferente para cada tipo.*

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*)



Name \_\_\_\_\_

Social Security # \_\_\_\_\_

**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 con el mismo empleador? \_\_\_\_\_

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 / despedido \_\_\_\_\_ quit / dejó \_\_\_\_\_ other / otra

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 \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**SECTION II:  
CURRENT PERSONAL INFORMATION / INFORMACION PERSONAL ACTUAL**

Please indicate any areas of your personal information that may have changed since your last visit.

*Por favor indique cambios en su información personal desde su visita previa.*

Married / *Casado* \_\_\_ Single / *Soltero* \_\_\_ Divorced / *Divorciado* \_\_\_ Separated / *Separado* \_\_\_ Widowed / *Viudo* \_\_\_

Occupation / *Ocupación* \_\_\_\_\_

Height / *Altura*: \_\_\_\_\_

Weight / *Peso*

Now / *Ahora*: \_\_\_\_\_ One year ago / *Hace un año*: \_\_\_\_\_

Maximum Weight / *Peso Máximo*: \_\_\_\_\_ When / *Fecha*: \_\_\_\_\_

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 / *Artesania* \_\_\_ Art / *Arte* \_\_\_ Tennis \_\_\_ Golf \_\_\_ Skiing /

*Esquiar* \_\_\_ Bowling \_\_\_ Fishing / *Pesca* \_\_\_ Hunting / *Caza* \_\_\_ Camping \_\_\_ Running / *Correr* \_\_\_

Hiking / *Escalar* \_\_\_ Travel / *Viajar* \_\_\_ Reading / *Leer* \_\_\_ Movies / *Peliculas, cine* \_\_\_

Auto Repair / *Reparar Automóviles* \_\_\_ Spectator Sports / *Espectaculos Deportivos* \_\_\_ Shopping /

*Comprar* \_\_\_ Gardening / *Jardiner* \_\_\_ Housework / *Arreglos en la Casa* \_\_\_

Other/Otra: \_\_\_\_\_

**STRESS FACTORS / FACTORES  
DE TENSION**

Job / <i>Empleo</i>	Low <i>Bajo</i>	Medium <i>Media</i>	High <i>Alto</i>
Financial / <i>Financiero</i>	Low <i>Bajo</i>	Medium <i>Media</i>	High <i>Alto</i>
Personal	Low <i>Bajo</i>	Medium <i>Media</i>	High <i>Alto</i>
Marital / <i>Conyugal</i>	Low <i>Bajo</i>	Medium <i>Media</i>	High <i>Alto</i>

**SECTION III: PAST MEDICAL HISTORY / HISTORIA MÉDICA**

Please list any any of the following, including minor surgeries, that you have experienced since your last visit.  
*Haga una lista de hospitalizaciones previas por enfermedades o cirugías. Incluya cirugías menores.*

**HOSPITALIZATIONS/ HOSPITALIZACIONES** None / Ninguno \_\_\_\_\_

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

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

No serious illnesses / Ninguno \_\_\_\_\_

Approx. Date <i>Fecha Aprox.</i>	Illness <i>Enfermedad</i>

**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 <i>Fecha Aprox.</i>	Type of Accident <i>Tipo de Accidente</i>	Injuries <i>LESIONES</i>

**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 algunos medicamentos?**  
**No known medication allergies / Ninguno \_\_\_\_\_**

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

**Previous Tests / Estudios Pasados:** CT of head / Tomografía Computerizada 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>



### OCCUPATIONAL/ENVIRONMENTAL HISTORY / HISTORIA PROFESIONAL

Please fill in the table, listing all jobs at which you have worked, including short-term, seasonal and part-time employment. Start with your present job and go back to your first. Use additional paper if necessary.  
 Por favor complete esta tabla y haga una lista de todos los trabajos que Ud. ha tenido, incluyendo trabajos corto plazo, por temporada, o medio tiempo. Comience con su trabajo actual. Utilice papel adicional si es necesario.

Workplace / Lugar de Trabajo Employer's name & address or city Nombre del empleador, y dirección o ciudad	Dates Worked fechas de empleo From To Desde Hasta	Full time or Part Time? ¿A Tiempo Completo o Medio Tiempo?	Type of industry Tipo de industria	Summarize your job duties. Resume los deberes del trabajo.	Were you ever off work for a health problem or injury? Describe. ¿Estuvo Ud. fuera del trabajo debido a una lesión o un problema de salud? Explique.