

Date/Fecha	Patient Name/Nombre del Paciente	Date of Birth/Fecha de Nacimiento
-------------------	---	--

How did you hear about our clinic? (please be specific) ¿Cómo supo de nuestra clínica? (sea específico)

Are you currently receiving any of the following services (check any that apply)?

¿En la actualidad está recibiendo alguno de los siguientes servicios (encierra en un círculo los que correspondan)?

Physical Therapy/Fisioterapia

Occupational Therapy/Terapia ocupacional

Speech Therapy/Logopedia

Home Health/Atención médica en el hogar

Date of Surgery/Fecha de la operación	Date of Injury/Fecha de la lesión	Body Part Affected/Parte del cuerpo afectada
--	--	---

Do you have a pacemaker? ¿Tiene marcapasos? Yes/Sí No

Females: Are you currently pregnant or think you might be pregnant? Mujeres: ¿Está embarazada o cree que puede estarlo? Yes/Sí No

Have you RECENTLY noted any of the following (check all that apply)?

¿Notó RECIENTEMENTE alguno de los siguientes síntomas (marque todo lo que corresponda)?

Fatigue/Fatiga

Shortness of breath/Falta de aire

Changes in bowel/bladder function/

Cambios en la función del intestino la vejiga

Numbness or tingling/

Entumecimiento u hormigueo

Weight loss/gain/Pérdida o aumento de peso

Headaches/Dolores de cabeza

Constipation/Constipación

Heartburn/Indigestion/Acidez o Indigestión

Blurry vision/Visión borrosa

Fever/Chills/Sweats/

Fiebre/escalofríos/sudoración

Fainting/Desmayos

Pelvic pain/Dolor en la pelvis

Muscle weakness/Debilidad muscular

Falls/Caídas

Other/Otro:

Diarrhea/Diarrea

Difficulty swallowing/Dificultad para tragar

Nausea/Vomiting/Náuseas/Vómitos

Cough/Tos

Dizziness/Lightheadedness/

Mareos o Vértigo

**Difficulty maintaining balance/
walking/**

Dificultad para mantener el equilibrio caminar

Have you EVER been diagnosed with any of the following conditions (check all that apply)?

¿ALGUNA VEZ fue diagnosticado de alguna de las siguientes enfermedades (marque todo lo que corresponda)?

Cancer/Cáncer

Asthma/Asma

Recent Infection/Infección reciente

Depression/Depresión

Multiple Sclerosis/Esclerosis múltiple

Bladder/urinary tract infection/

Infección de vejiga o del tracto urinario

Thyroid problems/Problemas de tiroides

Rheumatoid Arthritis/Artritis reumatoidea

Sexually Transmitted Disease/HIV/

Enfermedad de transmisión sexual/VIH

Heart problems/Problemas cardíacos

Epilepsy/Epilepsia

Eye irritation/infection/

Irritación o infección ocular

Lung problems/Problemas de pulmón

Blood clots/Coágulos sanguíneos

Circulation problems/

Problemas de circulación

Diabetes/Diabetes

Kidney problems/Problemas de riñón

Incontinence/Incontinencia

Chest pain/angina/Dolor en el pecho o angina

Stroke/Accidente cerebrovascular

Liver problems/Problemas de hígado

Tuberculosis/Tuberculosis

Hepatitis/Hepatitis

Chemical Dependency/

Adicción a drogas o alcoholismo

Osteoporosis/Osteoporosis

Ulcers/Úlceras

Positive COVID test

High blood pressure/Hipertensión

Anemia/Anemia

During the past month have you been bothered by feeling down, depressed or hopeless?

¿En el último mes se sintió decaído, deprimido o desesperanzado?

Yes/Sí No

During the past month have you often been bothered by little interest or pleasure in doing things?

¿En el último mes sintió con frecuencia poco interés o placer en hacer cosas?

Yes/Sí No

Is this something for which you would like help?

¿Le gustaría recibir ayuda para esto?

Yes/Sí Yes, but not today/SÍ, pero hoy no No

Have you had any prior surgeries? If yes, please explain: *¿Tiene operaciones anteriores? En caso afirmativo, explique:*

In your current living environment: *En su actual entorno de vida:* **Do you have stairs?** *¿Tiene escaleras?*

Yes/Sí No

Do you live alone? *¿Vive solo?*

Yes/Sí No

Please list any medications you are currently taking (INCLUDING pills, injections, and/or skin patches):

Liste los medicamentos que está tomando en la actualidad (ENTRE OTROS, comprimidos, inyectables y/o parches cutáneos):

Please list any allergies (including medications): *Detalle las alergias que tenga (incluya las alergias a medicamentos):*

Have you had any of the following for your current problem: *¿Se hizo alguno de los siguientes estudios para su problema actual?*

X-Ray/Rayos X

Injection/Inyección

MRI/Resonancia magnética

CT/Tomografía computarizada

Other/Otro:

Leisure activities, including exercise routines: *Esparcimiento, incluidas las rutinas de ejercicio:*

Occupation, including activities that comprise your workday: *Ocupación, incluidas las actividades que forman parte de su día de trabajo:*

Are you on a work restriction from your doctor? *¿Tiene alguna restricción para trabajar prescrita por su médico?*

Yes/Sí No