

**3 Westbrook Corporate Center
Suite 1000
Westchester, IL 60154
Tel: 708-343-3566**

**BACK AND NECK PAIN QUESTIONNAIRE
CUESTIONARIO DE DOLOR DE ESPALDA Y CUELLO**

Please PRINT all information CLEARLY. Note the last two pages are for Dr. Zelby and Dr. Espinosa's use only.

Por favor escriba toda su información CLARAMENTE. Las últimas dos páginas son para uso del doctor.

Date/Fecha: _____

Name/Nombre: _____

Please provide exact information below if you were referred by:
Por Favor de la información correcta si fue referido por:

- () Doctor/Doctor
- () Employer/ Empleador
- () Insurance Provider/ Proveedor de Seguros
- () Lawyer/ Abogado

Referred by/ Referido por: _____

Address/ Dirección: _____

Phone/ Teléfono: _____

Do you have any types of medical problems?

YES NO

Tiene algún tipo de problema médico?

SÍ NO

If YES, please describe (i.e. diabetes, high blood pressure, heart, lung, kidney, etc.)

Si su respuesta es Sí, por favor descríbalo: (diabetes, presión alta, corazón, pulmón, riñones, etc.)

Have you had any surgery?

YES NO

Ha tenido alguna cirugía?

SÍ NO

If YES, list the type(s) of surgery and date(s):

Si su respuesta es Sí, que tipo de cirugía(s) y la fecha(s):

List the types and amounts of medications you take:

Que tipo y cantidad de medicamento está tomando:

Are you allergic to any medications?

YES NO

Es alérgico(a) a algún medicamento?

SÍ NO

If YES, please list:

Si su respuesta es Sí, por favor escriba los medicamentos:

What **TREATMENT** have you had for your neck/back problems? What type of response did you have to the treatment?

Que **TRATAMIENTO** ha tenido para su problema de cuello/espalda? Que respuesta tuvo al tratamiento?

	No Relief Sin Alivio	Some Relief Poco Alivio	Good Relief Buen Alivio
Bed Rest Reposo en Cama			
Physical Therapy Terapia Física			
Inyección muscular o espinal			
Chiropractic Treatment Tratamiento Quiropráctico			
Soft Collar Collarin Suave			
Lumbar Corset or Brace Faja lumbar			

BACK AND NECK PAIN QUESTIONNAIRE
CUESTIONARIO DE DOLOR DE ESPALDA Y CUELLO

Where do you work?

Donde trabaja? _____

What type of work do you do?

Que tipo de trabajo hace usted? _____

Is your work mostly:

Es su trabajo:

heavy manual manual pesado	(lifting 50 – 100 lbs.) (levantar 50 – 100 lbs.)	_____
medium manual mediano pesado	(lifting up to 50 lbs.) (levantar hasta 50 lbs.)	_____
light manual manual ligero	(lifting up to 20 lbs.) (levantar hasta 20 lbs.)	_____
desk work de escritorio	(lifting less than 10 lbs.) (levantar menos de 10 lbs.)	_____
driving manejar		_____
other/otro:	_____	

How long have you worked at your present job, or the job that you last held?

Por cuánto tiempo ha trabajado en su actual empleo? _____

Are you working now?

Está trabajando ahora?

YES **NO**

SÍ **NO**

If you have **NOT** been working at that job because of your neck/back pain problem, when was the **LAST DAY** you worked?

Si **NO** ha podido trabajar por su problema de cuello/espalda, cuándo fue su **ÚLTIMO DIA** de trabajo?

_____/_____/_____

What is the main reason you are off work? _____

Cuál es la razón principal por la cual no está trabajando? _____

BACK AND NECK PAIN QUESTIONNAIRE
CUESTIONARIO DE DOLOR DE ESPALDA Y CUELLO

Do you smoke?
Fuma?

YES _____ **packs/day**
SÍ _____ **cajetillas/día**

NO
NO

If YES, for how long have you smoked?

Si su respuesta es SÍ, por cuánto tiempo ha fumado?

_____ **years**
_____ **años**

Please describe your **SITTING TOLERANCE**:

Describa su tolerancia de estar **SENTADO (A)**:

_____ **Less than one (1) hour/ Menos de una (1) hora**
_____ **Less than three (3) hours/ Menos de tres (3) horas**
_____ **More than three (3) hours/ Más de tres (3) horas**

Please describe your **STANDING TOLERANCE**:

Describa su tolerancia de estar **PARADO (A)**:

_____ **Less than one (1) hour/ Menos de una (1) hora**
_____ **More than one (1) hour/ Más de una (1) hora**

Please describe your **WALKING TOLERANCE**:

Describa su tolerancia de **CAMINAR**:

_____ **Less than two (2) blocks/ Menos de dos (2) cuadras**
_____ **More than two (2) blocks/ Más de dos (2) cuadras**

On a pain scale from 1-10 (**1** being slight pain; **10** being severe pain), what number would you consider yourself?

En la escala de 1- 10 (**1** es dolor leve; **10** es dolor severo), cuál número podría describir su dolor?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

BACK AND NECK PAIN QUESTIONNAIRE
CUESTIONARIO DE DOLOR DE ESPALDA Y CUELLO

Have you ever had any type of tumor: **YES** **NO**
Ha tenido algún tipo de tumor: **SÍ** **NO**
If YES, please describe:
Si su respuesta es Sí, por favor descríballo: _____

Have you had any recent colds or infections: **YES** **NO**
Ha tenido algún tipo de catarro o infección recientemente? **SÍ** **NO**
If YES, please describe:
Si su respuesta es Sí, por favor descríballo: _____

Have you lost weight over the past 6 months? **YES** _____ lbs **NO**
Ha perdido peso en los últimos 6 meses? **SÍ** _____ libras **NO**

Have you experienced difficulty sleeping due to your pain? **YES** **NO**
Ha tenido dificultad para dormir por su dolor? **SÍ** **NO**

Have you suffered headaches in conjunction with your pain? **YES** **NO**
Le da dolor de cabeza al mismo tiempo con su dolor? **SÍ** **NO**

If YES, how often? _____
Si su respuesta es Sí, con cuánta frecuencia? _____

Do you have any bowel or bladder problems? **YES** **NO**
Tiene dificultad para orinar o defecar? **SÍ** **NO**

If YES, what type? _____
Si su respuesta es Sí, que tipo de problema es? _____

Do you have any difficulty with sexual function? **YES** **NO**
Tiene dificultad en la función sexual? **SÍ** **NO**