



Medical History (Historia clinica)

History of present illness - Please briefly describe why you are here and how long you have been experiencing your current symptoms (*Por favor brevemente describa por qué está aquí usted y por cuánto tiempo ha tenido sus síntomas.*):

Review of symptoms (check all that apply) (Revision por sistemas (Marque todo que se aplica a usted):

- 1. General
 - weight loss (*perdida de peso*)
 - weight gain (*aumento de peso*)
 - fever (*fiebre*)
- 2. Cabeza, ojos, oidos, etc.
 - blurry vision (*visión borrosa*)
 - double vision (*visión doble*)
 - nosebleeds (*sangrado nasal*)
 - hoarseness (*ronquera*)
 - loss of smell (*pérdida de olor*)
 - ringing in ears (*zumbido de oídos*)
- 3. Pulmonario
 - shortness of breath (*falta de aire*)
 - coughing blood (*sangre cuando tose*)
- 4. Cardiovascular
 - chest pain (*dolor de pecho*)
 - irregular heartbeat (*latido irregular del corazón*)
 - ankle swelling (*hinchazón de los tobillos*)
- 5. Gastrointestinal
 - heartburn (*ardor del estómago*)
 - nausea/vomiting (*nausea/vómito*)
 - rectal bleeding (*sangre rectal*)
 - stool incontinence (*incapacidad de retener las heces*)
- 6. Genito-Urinario
 - urinary incontinence (*incapacidad de retener la orina*)
 - frequent urination (*orina frecuente*)
 - blood in urine (*sangre en la orina*)
 - painful urination (*dolor al orinar*)
- 7. Neurológico
 - headaches (*dolor de cabeza*)
 - seizures (*ataques epilépticos*)
 - weakness (*debilidad*)
 - visual changes (*cambio de la vista*)
- 8. Endocrino
 - cold intolerance (*intolerancia al frío*)
 - hair loss (*pérdida de pelo*)
 - impotence (*impotencia*)
 - breast discharge (*secreción del seno*)
- 9. Dermatológico
 - acne (*acné*)
 - skin color change (*cambio de color de la piel*)
 - pruritus (*comezón*)

10. Women Only (*Mujeres solamente*):

Last menstrual period (Fecha del primer día la última regla): _____

3000 N IH 35, Suite 600
Austin, Tx 78705

Austin Brain & Spine

4101 James Casey Street, Suite 340
Austin, Tx 78745

512-306-1323
512-306-1142 fax

www.austinbrainandspine.com

Calvin Cooper, MD; Craig Kemper, MD, FACS; Marcella Madera, MD; Hari Tumu, MD



Past Medical History (Antecedentes medicos)

Details (detalles)

- ___ asthma (*asma*) _____
- ___ heart disease (*enfermedad del corazón*) _____
- ___ lung disease (*enfermedad de los pulmones*) _____
- ___ kidney disease (*enfermedad del riñon*) _____
- ___ diabetes _____
- ___ bleeding problems (*problemas sangrantes*) _____
- ___ high blood pressure (*alta presión*) _____
- ___ AIDS/HIV (*SIDA o VIH*) _____
- ___ liver disease (*enfermedad del hígado*) _____
- ___ high cholesterol (*alto colesterol*) _____
- ___ other (accidents, etc.) (*otra enfermedad o accidente*) _____

Past Surgical History (Antecedentes de cirugías pasadas)

Procedure (<i>Procedimiento</i>)	Doctor	Date (<i>Fecha</i>)
1 _____	_____	_____
2 _____	_____	_____
3 _____	_____	_____
4 _____	_____	_____

Family History (Antecedentes familiares)

Condition (<i>Enfermedad</i>)	Relative (<i>Pariente que tiene/tenga la enfermedad</i>)
heart disease (<i>enfermedad del corazón</i>)	_____
cancer (location and type) (<i>cancer- tipo</i>)	_____
diabetes	_____
high blood pressure (<i>alta presión</i>)	_____
tuberculosis	_____
migraines (<i>migrañas</i>)	_____
stroke (<i>derrame/ataque cerebral</i>)	_____



Current Medications (Medicamentos actuales)

Medicine (Medicamentos actuales)	Dosage (dosis)	Frequency (frecuencia)
1 _____	_____	_____
2 _____	_____	_____
3 _____	_____	_____
4 _____	_____	_____
5 _____	_____	_____
6 _____	_____	_____
7 _____	_____	_____
8 _____	_____	_____

Allergies (Alergias)

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____

Current Height: _____

Current Weight: _____

None Known (Ninguna que sepa) _____

Social History (Historia Social)

Occupation (Ocupación) _____

Tobacco (Fumar cigarrillos)

_____ none (nunca ha fumado)

_____ previously (antes fumaba) _____ # of years (# de años)

_____ packs per day (paquetes diarios)

____/____/____ date quit (fecha que dejó de fumar)

_____ previously (antes actualmente) _____ # of years (# de años)

_____ packs per day (paquetes diarios)

Alcohol _____ drinks per week (# de bebidas alcohólicas por semana)

Illicit Drug Use (Uso de drogas ilícitas) _____

Austin Brain & Spine

3000 N IH 35, Suite 600
Austin, Tx 78705

4101 James Casey Street, Suite 340
Austin, Tx 78745

512-306-1323
512-306-1142 fax

www.austinbrainandspine.com

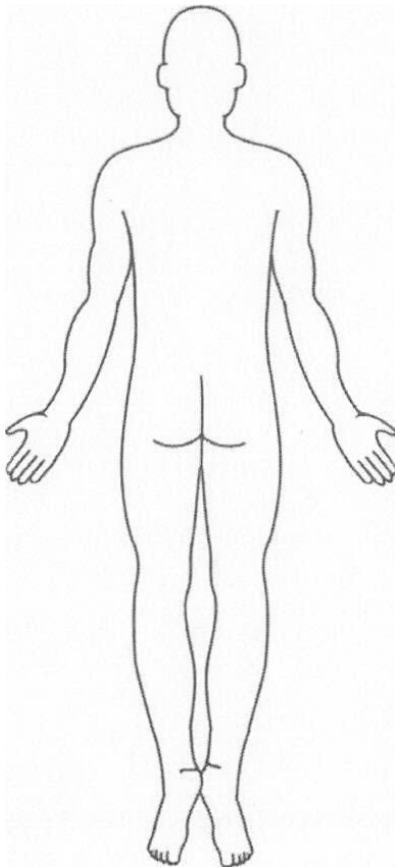
Calvin Cooper, MD; Craig Kemper, MD, FACS; Marcella Madera, MD; Hari Tumu, MD



Name (Nombre) _____ Date (Fecha) _____

Mark these drawings according to where you hurt (if the back of your neck, mark the drawing on the back of the neck, etc). If you feel any of the following symptoms, please indicate where you feel them by placing the appropriate marks on the diagrams. Include all affected areas.

(Marque estas figuras según donde le duele (por ejemplo, si le duele el cuello posterior, marque la figura por detras del cuello.) Si usted siente alguno de los siguientes síntomas, por favor indique donde los siente al marcar en la figura con las marcas indicadas. Incluya las regiones afectadas.)



Numbness (Adormecimiento)

11111

Pins and Needles (Hormigueos y piquetes)

000000

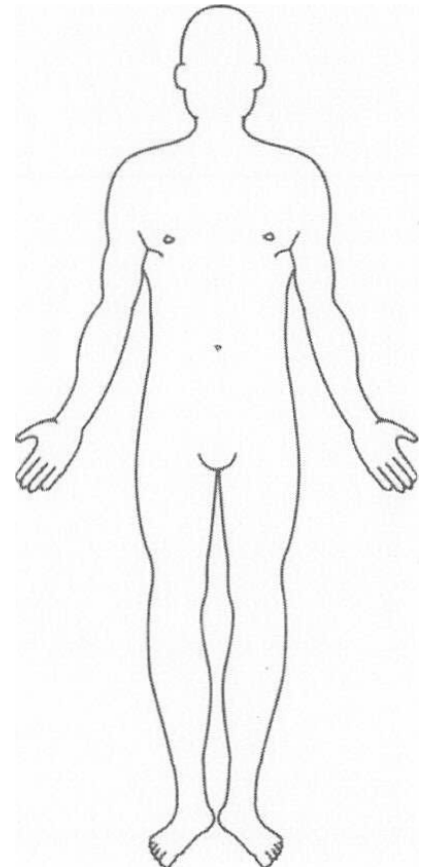
Burning (Ardor)

#####

Stabbing (Punzante)

//////

Ache (Deloroso)



1. How bad is your pain now? *(Qué tan males el dolor ahora?)*
2. Please mark with an X on the body form where the pain is worst now. *(Favor de marcar una X en la figura donde le duele lo mas.)*
3. Please circle the appropriate number below representing how bad your pain is now. *(Favor de rodear el número abajo que representa la intensidad de su dolor.)*

No Pain (sin dolor) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Worst Possible Pain (el peor dolor posible)

Austin Brain & Spine

3000 N IH 35, Suite 600
Austin, Tx 78705

4101 James Casey Street, Suite 340
Austin, Tx 78745

512-306-1323
512-306-1142 fax

www.austinbrainandspine.com

Calvin Cooper, MD; Craig Kemper, MD, FACS; Marcella Madera, MD; Hari Tumu, MD