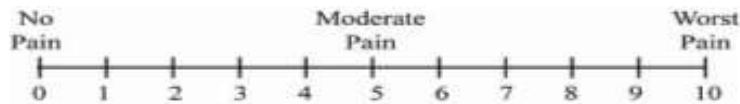


Name/Nombre: _____

Date/Fecha: _____

Reason for Today's Visit/ Razon de su visita:

- Medication refill/ *Resurtido de medicamentos*
 Post-procedure assessment/ *Evaluacion despues del procedimiento*
 Review imaging studies/ *Revisar los estudios diagnosticos*
 Other/Otro: _____



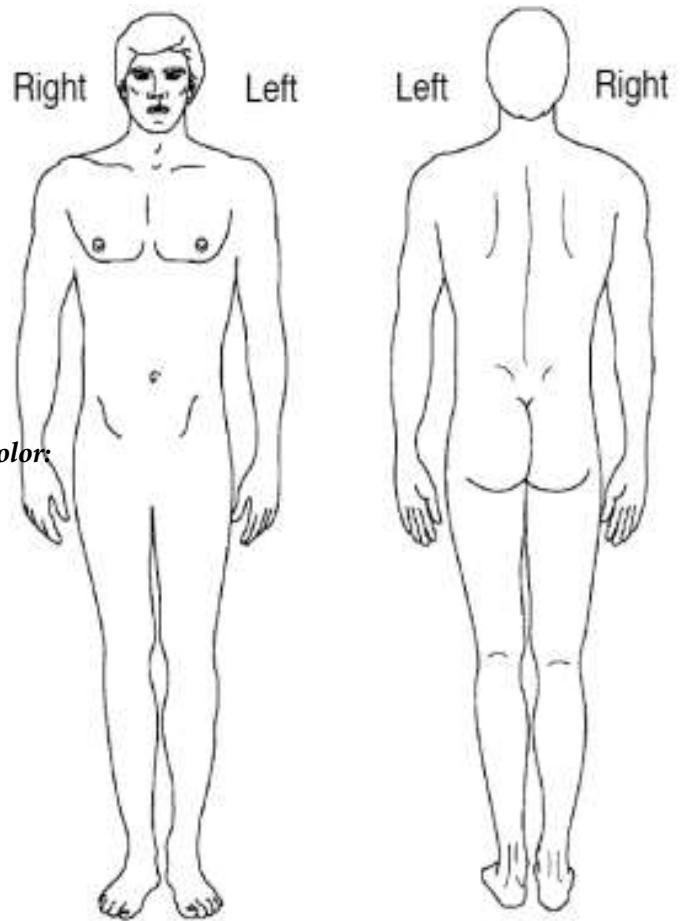
Pain score: at best? _____ at worst? _____
(Escala de dolor: A lo mejor? _____ A lo peor? _____)

My worst area of pain is: _____
(Mi peor area de dolor es: _____)

Where does pain radiate to? _____
(A donde se extiende el dolor? _____)

Additional areas of pain? _____
(Areas adicionales de dolor: _____)

Use diagram to indicate location of pain
Use el dibujo para indicar la localizacion de su dolor



Check all that describe your pain/ Marque como se describe su dolor:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Aching/ <i>Dolor</i> | <input type="checkbox"/> Spasming/ <i>Espasmodico</i> |
| <input type="checkbox"/> Cramping/ <i>Calambres</i> | <input type="checkbox"/> Squeezing/ <i>Apretado</i> |
| <input type="checkbox"/> Dull/ <i>Dolor Sordo</i> | <input type="checkbox"/> Sharp/ <i>Dolor Agudo</i> |
| <input type="checkbox"/> Burning/ <i>Caliente, Quemante</i> | <input type="checkbox"/> Throbbing/ <i>Palpitante</i> |
| <input type="checkbox"/> Numbing/ <i>Entumecimiento</i> | <input type="checkbox"/> Pins & needles/ <i>Pinchazos & hormiguelo</i> |
| <input type="checkbox"/> Shock-like/ <i>Chocante</i> | |
| <input type="checkbox"/> Stabbing/ <i>Punzante</i> | |
| <input type="checkbox"/> Constant/ <i>Constante</i> | |
| <input type="checkbox"/> Intermittent/ <i>Intermitente</i> | |

Pain is aggravated by/ *El dolor es agravado por:* _____

Pain is relieved by/ *El dolor es mejorado por:* _____

Did you have a procedure since your last visit? If yes, how much pain relief did you obtain?

Ha tenido usted un procedimiento desde su ultima visita? Si es asi, cuanto alivio ha tenido de su dolor?

- None/ *Ninguno*
 10-20%
 30-40%
 50-60%
 70-80%
 90-100%