

**Neurological Surgery and Spine Surgery, S.C.
Suite 800
1 Westbrook Corporate Center
Westchester, Illinois 60154**

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

Please PRINT all information CLEARLY. Note that there are questions on **both sides** of each page.

Por favor escriba toda su información CLARAMENTE. Hay preguntas en **ambos lados** de cada página.

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: _____

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

- Please circle if you are: right handed left-handed
- Por favor circule si es: derecho zurdo

Age/Edad _____
M _____ F _____

- How and when did your pain begin?
- Cómo y cuándo empezó su dolor?

- Are your symptoms / Son sus síntomas:

_____ **Constant /Constantes** **or/o** _____ **Periodic /Periodicamente?**

- | | | |
|--|------------|-----------|
| • Do you have numbness, tingling or burning in the leg/foot or arm/hand? | YES | NO |
| • Siente adormecimiento, hormigueo o sensación quemante en la pierna/el pie o en la mano/el brazo? | SÍ | NO |
| • Have you experienced any weakness in the leg/foot or arm/hand? | YES | NO |
| • Ha tenido debilidad en su pierna/pie o brazo/mano? | SÍ | NO |
| • What things make your symptoms worse ? (i.e. positions, activities, etc.) | | |
| • Qué actividades empeoran sus síntomas? (posiciones, actividades, etc.) | | |
| | | |
| • What seems to make your symptoms better ? (i.e. positions, activities, medication, heat, ice, etc.) | | |
| • Qué hace para mejorar sus síntomas? (posiciones, actividades, medicatmentos, calor, hielo, etc.) | | |

- | | | |
|--|------------|-----------|
| • Are you able to drive a car? | YES | NO |
| • Puede conducir un automóvil? | SÍ | NO |
| • Are you able to put on your shoes and socks? | YES | NO |
| • Puede ponerse los zapatos y calcetines? | SÍ | NO |
| • Have you had any previous episodes of back/ leg/ neck/ arm pain? | YES | NO |
| • Ha tenido antes dolores de espalda/ pierna/ cuello/ brazo? | SÍ | NO |
| - If YES, please describe: | | |
| - Si su respuesta es Sí, describa el dolor: | | |

- 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 descríballo: (alto colesterol, 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):
-
-

- Do you take any medications for any problems?:
- Tipo y cantidad de todos los medicamentos que 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			
Spinal or muscle injection 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**

• For what company do you work?
• Para qué compañía trabaja? _____

• What is your position or job title?
• Que tipo de trabajo hace usted? _____

• Is your work mostly:	heavy physical manual pesado	(lifting 50 - 100 lbs.) _____
• Es su trabajo primeramente:	medium physical manual medio	(lifting 25 - 50 lbs.) _____
	light physical manual ligero	(lifting up to 20 lbs.) _____
	desk work de escritorio	_____
	driving conducir (manejar)	_____

• How long have you worked at that job? _____
• Durante cuánto tiempo ha trabajado en su actual empleo? _____

• Are you working now?	YES	NO
• Está trabajando ahora?	SÍ	NO

- If you have **NOT** been working at that job, when was the **LAST DAY** you worked?
- Si **NO** ha podido trabajar, 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? _____

• Do you smoke?	YES _____	packs/day	NO
• Usted Fuma?	SÍ _____	cajetillas/día	NO
- If YES, for how long have you smoked?		years	
- Si su respuesta es SÍ, por cuánto tiempo ha fumado?	_____	años	

• Please describe your **SITTING TOLERANCE**:
• Describa su tolerancia de estar **SENTADO (A)**:

- _____ **None/ Nada**
- _____ **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**

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

- 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

- Do you have a family history of a **female** family member having a **heart attack** before the age of **65**?
YES NO
 - Usted tiene antecedentes de familiares **femeninas** que han tenido un **ataque al corazón** antes de **65** años de edad?
SÍ NO
 - Do you have a family history of a **male** family member having a **heart attack** before the age of **55**?
YES NO
 - Usted tiene antecedentes de familiares **masculinos** que han tenido un **ataque al corazón** antes de **55** años de edad?
SÍ NO
 - Do you drink **alcohol**? **YES NO**
 - Usted bebe **alcohol**? **SÍ NO**
 - If YES, what do you drink, and how much do you drink?
 - Si su respuesta es Sí, que tipo de alcohol bebe, y cuánto bebe?
-

- Do you **exercise**, and if you do, what kind of exercises do you participate in and how many times per week do you do those activities?
 - Usted hace ejercicio? Si hace, que tipo de ejercicio, y cuántas veces a la semana?
-

- When was your last **colonoscopy**? _____ (date, if known)
- Cuando fue su última **colonoscopia**? _____ (fecha, si sabe)
- For **women** : When was your last **mammogram**? _____ (date, if known)
- Para **mujeres**: Cuando fue su ultimo **mamograma**? _____ (fecha, si sabe)

– **Continúa al reverso** –

General Health Questions
Preguntas de su Salud General

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Have you had any recent fever, colds or infection: | <p>YES NO</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Ha tenido algún tipo de fiebre, catarro o infección recientemente? - If YES, please describe: - Si su respuesta es SÍ, por favor descríbalo: _____ | <p>SÍ NO</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Have you lost weight over the past 6 months? | <p>YES ___ lbs NO</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Ha perdido peso en los últimos 6 meses? | <p>SÍ ___ libras NO</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Have you ever had any type of tumor: | <p>YES NO</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Ha tenido algún tipo de tumor: - If YES, please describe: - Si su respuesta es SÍ, por favor descríbalo: _____ | <p>SÍ NO</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Do you have problems with blurry vision or poor vision? | <p>YES NO</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Ha tenido problemas con visión borrosa o doble? | <p>SÍ NO</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Do you get ringing in the ears? | <p>YES NO</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Ha tenido zumbido en los oídos | <p>SÍ NO</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Have you ever had chest pain or palpitations? | <p>YES NO</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Ha tenido dolor de pecho o palpitaciones? | <p>SÍ NO</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Have you ever had shortness of breath or breathing problems? | <p>YES NO</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Ha tenido falta de respiración o problemas al respirar? | <p>SÍ NO</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Do you get nausea or have vomiting? | <p>YES NO</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Ha tenido náusea o vomitos? | <p>SÍ NO</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Do you experience difficulty sleeping? | <p>YES NO</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Ha tenido dificultad para dormir? | <p>SÍ NO</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Do you have headaches? | <p>YES NO</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Ha tenido dolor de la cabeza? - If YES, how often? - Si su respuesta es SÍ, con cuánta frecuencia? _____ | <p>SÍ NO</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Have you had abdominal pain or changes in your bowel habits? | <p>YES NO</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Ha tenido dolores abdominales o cambios de baño? | <p>SI NO</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Do you have any bladder or bowel problems? | <p>YES NO</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Tiene dificultad para orinar o defecar? - If YES, please describe: - Si su respuesta es SÍ, por favor descríbalo? _____ | <p>SÍ NO</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Do you have any difficulty with sexual function? | <p>YES NO</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Tiene dificultad en la función sexual? | <p>SÍ NO</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Please tell us about any other medical problems or concerns: • Por favor dejarnos saber sobre otros problemas médicos o preocupaciones: | |