

Freeport • Primary Office

73 Guy Lombardo Avenue
Freeport, NY 11520
p 516.377.3332
f 516.377.3844

Hicksville Office

111 W. Old Country Road, Suite 101
Hicksville, NY 11801
p 516.934.0380
f 516.934.0381

Patient History

Patient information

Last Name: _____ First Name: _____ Date of birth: _____
Apellidos: _____ Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Pain/Symptoms Description

Please indicate on the diagram below the location and sensation of the problem(s) you are experiencing.
Por favor, indique en el diagrama debajo de la ubicación y la sensación del problema (s) que usted está experimentando.

To indicate the pain level and duration, please use the following two scales:
Para indicar el nivel de dolor y la duración, por favor utilice las siguientes dos escalas

Pain Level

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

none mild moderate severe very severe worst
sin dolor moderado severo muy severo peor posible

Pain Frequency

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

never rarely sometimes frequent almost always constant
nunca rara vez a veces frecuente casi siempre constante

Shoulder/Arm (right side)

Pain Level: _____ Frequency: _____
Nivel el dolor: _____ Frecuencia: _____
Numbness? ☐ Tingling? ☐
Entumecido? ☐ Hormiuero? ☐

Hand/Wrist (right side)

Pain Level: _____ Frequency: _____
Nivel el dolor: _____ Frecuencia: _____
Numbness? ☐ Tingling? ☐
Entumecido? ☐ Hormiuero? ☐

Hip (right side)

Pain Level: _____ Frequency: _____
Nivel el dolor: _____ Frecuencia: _____
Numbness? ☐ Tingling? ☐
Entumecido? ☐ Hormiuero? ☐

Knee (right side)

Pain Level: _____ Frequency: _____
Nivel el dolor: _____ Frecuencia: _____
Numbness? ☐ Tingling? ☐
Entumecido? ☐ Hormiuero? ☐

Shoulder/Arm (left side)

Pain Level: _____ Frequency: _____
Nivel el dolor: _____ Frecuencia: _____
Numbness? ☐ Tingling? ☐
Entumecido? ☐ Hormiuero? ☐

Hand/Wrist (left side)

Pain Level: _____ Frequency: _____
Nivel el dolor: _____ Frecuencia: _____
Numbness? ☐ Tingling? ☐
Entumecido? ☐ Hormiuero? ☐

Hip (left side)

Pain Level: _____ Frequency: _____
Nivel el dolor: _____ Frecuencia: _____
Numbness? ☐ Tingling? ☐
Entumecido? ☐ Hormiuero? ☐

Knee (left side)

Pain Level: _____ Frequency: _____
Nivel el dolor: _____ Frecuencia: _____
Numbness? ☐ Tingling? ☐
Entumecido? ☐ Hormiuero? ☐

Ankle/Foot (left side)

Pain Level: _____ Frequency: _____
Nivel el dolor: _____ Frecuencia: _____
Numbness? ☐ Tingling? ☐
Entumecido? ☐ Hormiuero? ☐

Neck

Pain Level: _____ Frequency: _____
Nivel el dolor: _____ Frecuencia: _____
Numbness? ☐ Tingling? ☐
Entumecido? ☐ Hormiuero? ☐

Spine

Pain Level: _____ Frequency: _____
Nivel el dolor: _____ Frecuencia: _____
Numbness? ☐ Tingling? ☐
Entumecido? ☐ Hormiuero? ☐

Lower Spine/Lumbar

Pain Level: _____ Frequency: _____
Nivel el dolor: _____ Frecuencia: _____
Numbness? ☐ Tingling? ☐
Entumecido? ☐ Hormiuero? ☐

Ankle/Foot (right side)

Pain Level: _____ Frequency: _____
Nivel el dolor: _____ Frecuencia: _____
Numbness? ☐ Tingling? ☐
Entumecido? ☐ Hormiuero? ☐

Other information about the issue(s):

General body statistics:

Height:

le Estatura: _____

Weight:

e Peso: _____

Family and Social History

Tobacco Use: Yes ☐ No ☐
Consumo de tabaco: Si ☐ No ☐

Do you live alone? Yes ☐ No ☐
Vives Solo? Si ☐ No ☐

Are you: Right-Handed ☐ Left-Handed ☐
Eres tu: Diestro ☐ Zurdo ☐

Alcohol Use: Yes ☐ No ☐
Consumo de alcohol: Si ☐ No ☐

Occupation: _____
Ocupacion: _____

Illicit Drug Use: Yes ☐ No ☐
Uso se drogas ilicitas: Si ☐ No ☐

Are you pregnant? Yes ☐ No ☐
Estas embarazada? Si ☐ No ☐

Past Medical History

☐ Respiratory Disease
Enfermedad Respiratoria _____

☐ Cancer
Cancer _____

☐ Diabetes
Diabetes _____

☐ Heart Disease
Enfermedad del Corazon _____

☐ High Blood Pressure
Alsa Presionm Sanguinea _____

☐ High Cholesterol
Colesterol Alto _____

☐ Pacemaker
Marcapasos _____

☐ Kidney Disease
Enfermedad del rinon _____

☐ Liver Disease
Enfermedad del hígado _____

☐ Thyroid Problems
Problemas Tiroideos _____

☐ Arthritis
Artritis _____

☐ Others:
Otros _____

Past Surgical History

☐ None
Ninguna _____

Review of Systems

Mark the following symptoms that you currently suffer from:
 Marque los siguientes síntomas que padece actualmente:

Constitutional	☐ Fevers Fiebre	☐ Chills Escalofríos	☐ Sweats Suda	☐ Weakness Debilidad	☐ Fatigue Fatiga	☐ Decreased Activity Disminución de la actividad	☐ Malaise Malestar
	☐ Unexplained Weight Gain Aumento de Peso Inexplicable	☐ Unexplained Weight Loss Pérdida de Peso Inexplicable	☐ Low Sex Drive Impulsión Baja del Sexo	☐ Difficulty Sleeping Dificultad Para Dormir			
Eyes	☐ Blurriness Borroso	☐ Double-vision Vision doble	☐ Visual Disturbance disturbio visual	☐ Pain el dolor			
Ears/Nose/Throat/Neck	☐ Hearing Problems Problemas de Audición	☐ Ear Pain Dolor de Oído	☐ Sinus Problems Problemas Sinusales	☐ Sore Throat el Dolor de Garganta	☐ Nosebleeds el Hemorragia Nasal		
Respiratory	☐ Shortness of Breath Falta de Aliento	☐ Cough Toser	☐ Sputum Production Producción de Esputo	☐ Wheezing la Sibilancia			
Cardiovascular	☐ Chest Pain el Dolor en el pecho	☐ Palpitations las Palpitaciones	☐ Swelling in Feet Hinchazón en los Pies	☐ Shortness of Breath During Sleep Dificultad para Respirar Durante el Sueño			
	☐ Bleeding Disorder Trastorno Hemorrágico	☐ Blood Clots el Coágulo de Sangre	☐ Fainting el Desmayo				
Gastrointestinal	☐ Nausea Nausea	☐ Vomiting Vómito	☐ Diarrhea la Diarrea	☐ Constipation el Estreñimiento	☐ Heartburn la Acidez	☐ Abdominal Pain Dolor Abdominal	
Genitourinary/Nephrology	☐ Painful Urination Micción Dolorosa	☐ Blood in Urine Sangre en la Orina	☐ Change in Urine Stream Cambio en la Corriente de Orina	☐ Unusual Discharge Descarga Inusual			
	☐ Flank Pain Dolor el Flanco	☐ Urinary Incontinence Incontinencia Urinaria					
Musculoskeletal	☐ Back Pain Dolor de Espalda	☐ Neck Pain Dolor del Cuello	☐ Joint Pain Dolor Articular	☐ Muscle Pain el Dolor Muscular	☐ Muscle Cramp Calambre Muscular		
	☐ Muscle Spasm el Espasmo Muscular	☐ Gait Disturbances Disturbios de la Marcha	☐ Joint Stiffness Rigidez Articular	☐ Joint Swelling Hinchazón Articular	☐ Trauma el Trauma		
Integumentary	☐ Rash el Sarpullido	☐ Itching el Picor	☐ Lesions Lesión	☐ Bruising los Moretones			
Neurological	☐ Abnormal Balance Equilibrio Anormal	☐ Confusion la Confusión	☐ Numbness el Entumecimiento	☐ Tingling el Hormigueo	☐ Dizziness el Mareo	☐ Headaches el Dolor de Cabeza	
	☐ Loss of Coordination Pérdida de Coordinación	☐ Memory Loss la Pérdida de Memoria	☐ Seizing Agarrar	☐ Tinnitus el Zumbido en los Oídos	☐ Tremors el Temblor	☐ Vertigo el Vertigo	
Psychiatric	☐ Feeling Anxious Sensación de Ansiedad	☐ Depressed Mood Estado de Ánimo Depresivo	☐ Suicidal Thoughts los Pensamientos Suicidas	☐ Hallucinations la Alucinación	☐ Stress Problems Problemas de Estrés		
	☐ Suicidal Planning Planificación Suicida	☐ Thoughts of Harming Others Pensamientos de Dañar a Otros					

Current Medications

Are you currently taking any blood-thinners or anti-coagulants?
Actualmente está tomando anticoagulantes o anticoagulantes?

Yes ☐ No ☐

If yes, which ones?
Si es así, cuáles?

Asprin ☐

Plavix

Coumadin ☐

Coumadin ☐

Lovenox ☐

Lovenix ☐

Brilinta ☐

Xarelto ☐

Xarelto ☐

Pradaxa ☐

Padaxa ☐

Eliquis ☐

Other medications by name:
Otro medicamentos por nombre:

Please list all medications you are currently taking, including vitamins. (Attach an additional sheet if necessary.)

Por favor, enumere todos los medicamentos que está tomando actualmente, incluidas las vitaminas. (Adjunte una hoja adicional si es necesario.)

Medication Name
Nombre del Medicamento

Dose
la dosis

Frequency
la frecuencia

[illegible]

Allergies

Do you have any drug/medication allergies?
Tiene alguna alergia a medicamentos o medicamentos?

Yes ☐ No ☐

Topical Allergies:
Allergias topicos:

Latex ☐

Iodine ☐

Tape ☐

IV Contrast ☐

Other:
Otro:

Medication Name
Nombre del Medicamento

Allergic Reaction
reacción alérgica
