8. Desde que sus sintomas empezaron, ellos han: Mejorado _____ Empeorado _____
(Improved) (Worsened)
Continuan igual (Stayed the same)? _____

9. Son sus sintomas constantes ? (are your symptoms constant?) No _____ Si _____
Existe algun momento o posicion en la cual Ud. No siente su dolor/molestia
(Ejemplo, Despues de ejercicios, al descansar o mientras duerme) por favor explique
(If there any times or positions when you do not experience your pain/discomfort e.g after exercising or resting, while sleeping) please explain.

_____

10. Que agrava (aumenta) sus sintomas corrientes (sobre-esfuerzo fisico, presion/cansancio mental, sentarse prolongadamente, pararse, doblarse, etc.)? (What aggravates your symptoms: Physical overuse, mental stress, prolonged sitting,standing, bending, etc) ?

_____

11. Es su sueno molestado por estos sintomas? (Is your sleep disturbed by these symptoms) ?

_____

12. Ud. Ha hecho alguna cosa para tratar de aliviar o ayudar sus molestias, como descansar en la cama, uso del calor, frio, aspirina, medicamentos, sentarse, acostarse, u otros (describa) ?
(Have you done anything to try to help or relieve your complaint, such as bed rest, heat, cold, aspirin, medications, sitting, lying down, or other (explain) ?

_____

13. Alguna vez Ud. Ha recibido tratamiento para esta condicion ? No _____ Si _____
(Have you ever-received treatment for this condition)? En caso si, a quien Ud. vio y en donde fue visto
(If yes, who did you see and where)
A quien?(whom):_____ Donde (where): _____

14. Por favor marque en la escala para mostrar que tan mal son sus recientes molestias.
(Please put a mark on the scale to show how bad your usual discomfort has been recently)

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

15. Ud. Ha visto a un doctor Quiropractico u Osteopata por algun otro problema?
No _____ Si _____ En caso Si, por favor explique: _____

16. Conoce Ud. Algun familiar cercano (sus padres, hermanos, hermanas) con similares molestias o problemas?) No _____ Si _____
(Are you aware of any blood relatives (your parents, brothers, sisters) with similar discomfort or problems?)

17. Son sus sintomas el resultado de un accidente de auto, lesion en el trabajo u otra lesion personal ?
Accidente de Auto _____ Relacionado al trabajo _____ Otro _____
(Auto accident) (Work related ) (other)

Yo, por la presente autorizo a los doctores y personal de Rapha Spine & Neuro Center a examinarme, diagnosticarme y tratarme (o a mi menor hijo/dependiente) y a tomar cualquier rayos-X necesarios que esten clinicamente indicados.
(I hereby authorize doctors and staff of Rapha Spine & Neuro Center to examine, diagnose and treat me (my dependent/ minor child), to take any necessary x-rays that are clinically indicated).

Firma del Paciente:_____ Fecha:_____
(Patient's Signature) (Date)