

For notation purposes, please answer all questions. Do not leave any question blank and if the question does not apply to you, please select—NA—. Por favor conteste todas las preguntas, si la pregunta no le corresponde por favor marque N/A

Patient Name:

(Nombre del paciente)

LAST (apellido)

FIRST (nombre)

1) Location of your pain? ¿Dónde tiene dolor?

2) When did your condition first begin? ¿Cuándo empezó a tener el / los problemas?

3) How much pain do you have? A. None B. Mild C. Moderate D. Severe (always) E. N/A
¿Cuánto dolor tiene? Nada Poquito Más o menos Severo (siempre) N/A

4) Do you have difficulty walking in rough surfaces? ¿Tiene dificultad al caminar en terrenos escabrosos?

A. Yes B. No C. Sometimes D: N/A
Sí No En veces N/A

5) Do you have a limp? ¿Cojea al caminar?

A. Yes B. No
Sí No

6) How long of a distance can you walk before your symptoms begin?

¿Cuánta distancia puede caminar antes de sus síntomas empiecen?

A. Unlimited B. 4-6 blocks C. 1-3 blocks D. less than 1 block E: N/A
Ilimitado 4-6 cuadras 1-3 cuadras menos de 1 cuadra N/A

7) Please describe activities which make your symptoms worse. ¿Cuales actividades empeoran sus síntomas?

A: Sports B: Walking C: Jogging D: Other _____ E: None
Deportes Caminar Trotar Otro _____ Ninguna

8) Please describe any activities, which make your symptoms better. ¿Cuales actividades mejoran sus síntomas?

A: Sports B: Walking C: Jogging D: Other _____ E: None
Deportes Caminar Trotar Otro _____ Ninguna

9) During the past 4 weeks, how much has pain interfered with the normal work you might do during a typical day (including both work outside the home & housework)?

Durante las últimas 4 semanas, ¿qué tanto ha interferido el dolor en su vida cotidiana?

A: Not at all B: A little C: Moderately D: Quite a bit E: extremely
Para nada Poco Moderado Bastante Extremadamente

10) Please describe any treatments you have had for this condition? ¿qué tipos de tratamientos ha recibido?

A: Physical Therapy B: MRI's / CT-scan's C: Orthotic D: Surgery E: NSAIDS
Terapia Resonancia magnética Plantillas Cirugía Antiinflamatorios
F: Cortisone Injection G. None
Inyección de cortisona Ninguno

11) What type of shoes do you normally wear? ¿Qué tipo de zapatos usa normalmente?

A. Variety B. Comfort C. Modified with brace.
Varia Confortables Modificados con inmovilizador

12) What kind of activities do you do? ¿Qué tipo de actividades hace?

A: Sports B: Exercise C: Walk D: Jogging E: Other F: N/A
Deportes Ejercicio Caminar Trotar Otro N/A