

*Bay Shore  
Massapequa*

*Commack  
Patchogue*

*East Setauket  
Plainview*

*Huntington  
WestIslip*

FECHA \_\_\_\_\_

Describe sus síntomas actuales: \_\_\_\_\_

Cual es la razón que su doctor solisito este examen? \_\_\_\_\_

Describe cualquier otra condición o enfermedad: \_\_\_\_\_

Ha tenido cirugia anteriormente? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si? Describa brevemente? \_\_\_\_\_

Tiene historia de cancer? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ (Si esto le aplica llene esta sección)

Cuando le diagnosticaron el cancer? Que tipo de cancer? \_\_\_\_\_

Ha recibido quimoterapia? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Sí? Cuando? \_\_\_\_\_

Ha recibido terapia da radiación? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Sí? Cuando? \_\_\_\_\_

Ha tenido una herida o cualquier otro incidente recientemente? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si? Describa el incidente: \_\_\_\_\_

Adonde ocurrió el incidente (Trabajo, accidente de caro, etc.) \_\_\_\_\_

Esta aquí para una elvaluación inicial o seguimiento? \_\_\_\_\_

Usted fuma? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Dejo de fumar \_\_\_\_\_

Tiene dolor? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Adonde tiene el dolor? \_\_\_\_\_

En que lado tiene el dolor? Izquierda \_\_\_\_\_ Derecha \_\_\_\_\_

Por cuanto tiempo ha tenido el dolor? \_\_\_\_\_ menos de 1 semana  
\_\_\_\_\_ 1-4 semanas  
\_\_\_\_\_ mas de 4 semanas

Qué tan grave es su dolor? \_\_\_\_\_ Menor (no interfiere con la mayoría de sus actividades)  
\_\_\_\_\_ Moderado (interfiere con muchas de sus actividades)  
\_\_\_\_\_ Grave (no puedo participar en actividades normales)

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_