

PATIENT'S REPORT OF PROGRESS

PAIN RE-ASSESSMENT # _____

IT IS IMPORTANT FOR US TO KNOW HOW YOU ARE RESPONDING. WE ASK YOUR COOPERATION IN COMPLETING THE FOLLOWING INFORMATION.

Patient Name _____ Date _____

What conditions are still bothering you? (explain) _____

RATE YOUR TREATMENT PROGRESS SO FAR (PLACE AN X IN THE APPROPRIATE BOX)

	EXCELLENT	GOOD	INTERMITTENT	POOR	WORSE
Head	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Shoulders, Arms, Hands	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Upper Back	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mid-Back	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Low Back, Pelvis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hips, Legs, Knees, Feet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exhaustion, Tiredness	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RATE THE SEVERITY OF YOUR PAIN BY CHECKING ONE BOX ON THE SCALE TO THE RIGHT	1 = LEAST PAIN 10 = EXTREME PAIN											
	NO PAIN	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Do you still have pain when you: (Check which one)
 Sit Bend Walk Lift Push Pull Other _____

If yes, explain as to what area _____

Is your disability still interfering with your Work? Sleep? Daily Routine?

If yes, explain _____

Are you now able to do physical work activities? Yes No

Are you now able to do mental work activities? Yes No

Describe the benefits you have gained from treatments in our office _____

Do you feel you received a clear explanation as to the cause of your pain? Yes No

Were you told what to do to prevent future problems for your condition? Yes No

Do you feel the person treating you was understanding of your concerns? Yes No

Do you feel comfortable with our service and staff? Yes No

How do you rate the treatments you have receive so far?

Excellent Good Poor Honest & objective Show you cared

List any additional comments you wish to make regarding your condition _____

Patient Signature _____

REPORTE DE PROGRESO DEL PACIENTE

DOLOR RE-AMILLARAMIENTO # _____

ES IMPORTANTE PARA NOSOTROS EL SABER COMO ESTA ÚSTED RESPONDIENDO. LE PEDIMOS SU COOPERACION AL LLENAR LA SIGUIENTE INFORMACION.

Nombre del Paciente _____ Fecha _____

Qué malestares le siguen molestando? (explíque) _____

EVALUE EL PROGRESO EN SU TRATAMIENTO HASTA AHORITA (PONGA UNA X EN EL CUADRO APROPIADO)

	EXCELENTE	BUENO	INTERMITENTE	POBRE	PEOR
Cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hombros, Brazos, Manos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Espalda Superior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Media Espalda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Espalda Inferior, Pelvis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Caderas, Piernas, Rodillas, Pies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agotamiento, Cansancio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1 = MÍNIMO DOLOR 10 = EXTREMO DOLOR

EVALUE LA SEVERIDAD DE SU DOLOR MARCANDO UN CUADRO EN LA ESCALA A LA DERECHA

NO HAY DOLOR	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	EXTREMO
--------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---------

Todavía tiene Usted dolor cuando Usted: (Marque Uno)

- Se Sienta
 Se Dobla
 Camina
 Levanta
 Empuja
 Jala
 Otro _____

Sí es así, explique en que area _____

Aun continua su incapacidad interponiendose con su Trabajo? Dormir? Rutina Diaria?

Sí es así, explique _____

Ya puede Usted hacer actividades de trabajo fisicas? Sí No

Ya puede Usted hacer actividades de trabajo mental? Sí No

Describe los beneficios que ha obtenido Usted de los tratamientos en nuestra oficina _____

Siente Usted haber recibido una explicación clara acerca de la causa de su dolor? Sí No

Se le dijo a Usted que hacer para prevenir problemas futuros para su condicion? Sí No

Siente Usted que la persona que lo estuvo tratando fue comprensivo con sus inquietudes? Sí No

Se siente Usted satisfecho con nuestro servicio y personal? Sí No

Como evalua Usted los tratamientos que hasta ahorita a recibido?

- Excelentes
 Buenos
 Pobres
 Honestos & Objetivos
 Demuestran interes

Escriba cualquier comentario adicional que Usted desea hacer acerca de su condición _____

Firma de Paciente _____