



Towson Orthopaedic Associates

Spine Follow-Up Questionnaire Cuestionario de Seguimiento de la Espina (Columna)

OFFICE USE ONLY

Patient Acct # _____
 Provider # _____
 BMI _____
 Height _____ Weight _____
 Blood Pressure _____

Please complete both pages of this form in blue/black ink.

Por favor complete las cuatro páginas de esta forma en tinta azul o negra

Name / Nombre: _____ Age / Edad: _____ Date / Fecha: _____

**1. Reason for visit today /
Razón de la visita de hoy**

- Routine post operative follow-up visit (date of surgery _____)
Visita de seguimiento post operación (fecha cirugía _____ mm/dd/aa)
- Review ordered test
Revisión de prueba ordenada
- Evaluate progress of therapy/injection
Evaluación del progreso de la terapia o inyección
- Discuss continuing problem
Discusión de un problema persistente
- Other _____
Otro _____

2. Please indicate on the line below how bad your pain is now.

Por favor indique en la línea a continuación cuan grave es su dolor

No Pain _____ Worst Possible Pain
No hay dolor _____ El peor dolor posible
 0 _____ 10

3. Current problem unchanged from last visit on _____ (date).
El problema actual no ha cambiado desde la visita del _____ (fecha mm/dd/aa)
- Current problem changed from last visit on _____ (date).
El problema actual ha cambiado desde la visita del _____ (fecha mm/dd/aa)

Describe changes / *Describe los cambios:* _____

4. What medication(s) and how much (either prescription or over the counter) are you currently taking for this pain? ¿Qué medicina(s) y cuanta(s) (con o sin prescripción) está Ud. tomando actualmente para este dolor?

Pharmacy / *Farmacia:* _____ Number / *Telefono:* _____

5. How many sessions of physical therapy have you had since last visit? _____ N/A
Cuántas sesiones de terapia física ha tenido Ud. desde la última visita?

6. How many injections have you had since last visit? _____ N/A
¿Cuántas inyecciones ha tenido Ud. desde la última visita?



7. Medical History (including; illness, surgery, & medications) are:

Historia Médica (incluyendo: enfermedades, cirugía y medicinas):

Unchanged

No ha cambiado

Changed from last visit on _____ (date).

Ha cambiado desde la última visita _____ (fecha mm/dd/aa)

Describe Changes / Describa los cambios _____

8. Are you currently working? Yes No

¿Esta Ud. trabajando actualmente? Si No

9. Check any allergies / Marque cualquier alergia que tenga: None / Ninguna Penicillin / Penicilina Sulfa

Aspirin Morphine / Morfina Demerol Codeine / Codeína Arthritis Drugs / Drogas para la Artritis

Anesthesia Problems / Problemas con Anestias

Latex Allergy / Alergia al Latex

Other (list) / Otras (liste) _____

10. Do you smoke cigarettes now? Yes No

¿Ud. fuma cigarillos ahora? Si No

If yes, how much _____ packs per day for _____ years

Si la respuesta es sí, ¿cuantos _____ paquetes por día, hace _____ años

If you smoked in the past, how long has it been since you stopped? _____

Si Ud. fumó en el pasado, ¿cuánto tiempo ha pasado desde que paro? _____



**Scoliosis And Spine
Center Of Maryland**
*Centro De Escoliosis
Y Espina De Maryland*

OFFICE USE ONLY

Patient Acct # _____

Doctor # _____

Patient Name / Nombre del Paciente: _____ Date / Fecha: _____

NECK DISABILITY INDEX
INDICE DE INCAPACIDAD DEL CUELLO

This questionnaire has been designed to give us information as to how your neck pain has affected your ability to manage in everyday life. Please answer every section and mark in each section only the one box that applies to you. We realize you may consider that two or more statements in any one section relate to you, but please just mark the box that most closely describes your problem.

Este cuestionario ha sido diseñado para darnos información de cómo su cuello ha afectado su capacidad de manejar su vida diaria. Por favor responda cada sección marcando solo la afirmación que aplique a Ud. Entendemos que Ud. pudiera considerar que dos o más afirmaciones en una sección aplican a Ud., pero por favor solo marque la que mejor describe su problema.

Section 1: Pain Intensity

Sección 1 : Intensidad del dolor

- I have no pain at the moment
No tengo dolor en este momento
- The pain is mild at the moment
El dolor es suave en este momento
- The pain comes and goes and is moderate
El dolor va y viene y es moderado
- The pain is moderate and does not vary much
El dolor es moderado y no varía mucho
- The pain is severe but comes and goes
El dolor es severo pero va y viene
- The pain is severe and does not vary much
El dolor es severo y no varía mucho

- Pain prevents me from lifting heavy weights off the floor, but I can if they are conveniently positioned, for example on the table
El dolor me previene de levantar cosas pesadas del piso, pero puedo levantarlas si las cosas están convenientemente posicionadas, por ejemplo sobre la mesa
- Pain prevents me from lifting heavy weights but I can manage light to medium weights if they are conveniently positioned
El dolor me previene de levantar cosas pesadas pero puedo levantar cosas de mediano a poco peso si las cosas están convenientemente posicionadas
- I can only lift very light weights
Solo puedo levantar cosas muy ligeras
- I cannot lift or carry anything at all
No puedo levantar o llevar nada

Section 2: Personal Care (Washing, Dressing, etc.)

Sección 2 : Cuidado Personal (lavándose, vistiéndose)

- I can look after myself normally without causing extra pain
Yo me puedo atender solo normalmente sin causar dolor adicional
- I can look after myself normally but it causes extra pain
Yo me puedo atender solo normalmente pero causa un dolor adicional
- It is painful to look after myself and I am slow and careful
Es doloroso atenderme solo, soy lento y cuidadoso
- I need some help but can manage most of my personal care
Necesito algo de ayuda pero puedo atenderme solo la mayor parte del tiempo
- I need help every day in most aspects of self care
Necesito ayuda todos los días en la mayoría de los aspectos de mi cuidado personal
- I do not get dressed, I wash with difficulty and stay in bed
No me puedo vestir, me lavo con dificultad y permanezco en cama

Section 4: Reading

Sección 4: Leer

- I can read as much as I want to with no pain in my neck
Puedo leer todo lo que quiera sin tener dolor en mi cuello
- I can read as much as I want to with slight pain in my neck
Puedo leer todo lo que quiera con un dolor de cuello ligero
- I can read as much as I want with moderate pain in my neck
Puedo leer todo lo que quiera con un dolor de cuello moderado
- I cannot read as much as I want because of moderate pain in my neck
No puedo leer todo lo que quiero por un dolor de cuello moderado
- I cannot read as much as I want because of severe pain in my neck
No puedo leer todo lo que quiero por un dolor de cuello severo
- I cannot read at all
No puedo leer nada

Section 3: Lifting

Sección 3: Levantar peso

- I can lift heavy weights without extra pain
Puedo levantar cosas pesadas sin dolor adicional
- I can lift heavy weights, but it causes extra pain
Puedo levantar cosas pesadas, pero causa dolor adicional

Section 5: Headaches

Sección 5: Dolores de Cabeza

- I have no headaches at all
Yo no tengo dolores de cabeza
- I have slight headaches, which come infrequently
Yo tengo dolores de cabeza ligeros, poco frecuentes
- I have moderate headaches, which come infrequently
Yo tengo dolores de cabeza moderados, poco frecuentes



**Scoliosis And Spine
Center Of Maryland**
*Centro De Escoliosis
Y Espina De Maryland*

OFFICE USE ONLY

Patient Acct # _____

Doctor # _____

- I have moderate headaches, which come frequently
Yo tengo dolores de cabeza moderados, con frecuencia
- I have severe headaches, which come frequently
Yo tengo dolores de cabeza severos, con frecuencia
- I have headaches almost all the time
Yo tengo dolores de cabeza casi todo el tiempo

Section 6: Concentration

Sección 6 : Concentración

- I can concentrate fully when I want to with no difficulty
Me puedo concentrar completamente cuando lo deseo sin dificultad
- I can concentrate fully when I want to with slight difficulty
Me puedo concentrar completamente cuando lo deseo con un poco de dificultad
- I have a fair degree of difficulty in concentrating when I want to
Tengo dificultades en concentrarme cuando lo deseo
- I have a lot of difficulty in concentrating when I want to
Tengo muchas dificultades en concentrarme cuando lo deseo
- I have a great deal of difficulty in concentrating when I want to
Tengo una gran dificultad en concentrarme cuando lo deseo
- I cannot concentrate at all
No me puedo concentrar para nada

Section 7: Work

Sección 7 : Trabajo

- I can do as much work as I want to
Yo puedo hacer todo el trabajo que desee
- I can only do my usual work, but no more
Yo puedo hacer solo mi trabajo regular, no mas
- I can do most of my usual work, but no more
Yo puedo hacer la mayor parte de mi trabajo regular, no mas
- I cannot do my usual work
Yo no puedo hacer mi trabajo regular
- I can hardly do any work at all
Yo puedo dificilmente hacer cualquier trabajo
- I can't do any work at all
Yo no puedo hacer ningún trabajo

Section 8: Driving

Sección 8: Manejar

- I can drive my car without neck pain
o puedo manejar mi carro sin dolor en el cuello
- I can drive my car as long as I want with slight pain in my neck
Yo puedo manejar mi carro mientras quiera con un dolor de cuello ligero
- I can drive my car as long as I want with moderate pain in my neck
Yo puedo manejar mi carro mientras quiera con un dolor de cuello moderado
- I can't drive my car as long as I want because of moderate pain in my neck
Yo no puedo manejar mi carro mientras quiera debido a un dolor de cuello moderado

- I can hardly drive at all because of severe pain in my neck
Yo no puedo manejar mi carro mientras quiera debido a un dolor de cuello moderado
- I can't drive my car at all
Yo no puedo manejar

Section 9: Sleeping

Sección 9: Dormir

- I have no trouble sleeping
Yo no tengo problemas para dormir
- My sleep is slightly disturbed (less than 1 hr sleepless)
Mi sueño es ligeramente perturbado (menos de 1 hora de insomnio)
- My sleep is mildly disturbed (1-2 hrs sleepless)
Mi sueño es medianamente perturbado (de 1 a 2 horas de insomnio)
- My sleep is moderately disturbed (2-3 hrs sleepless)
Mi sueño es moderadamente perturbado (de 2 a 3 horas de insomnio)
- My sleep is greatly disturbed (3-5 hrs sleepless)
Mi sueño es severamente perturbado (de 3 a 5 horas de insomnio)
- My sleep is completely disturbed (5-7 hrs sleepless)
Mi sueño es totalmente perturbado (de 5 a 7 horas de insomnio)

Section 10: Recreation

Sección 10: Recreación

- I am able to engage in all recreation activities with no pain in my neck at all
Yo estoy en capacidad de involucrarme en todas las actividades recreacionales sin ningún dolor de cuello
- I am able to engage in all recreation activities with some pain in my neck
Yo estoy en capacidad de involucrarme en todas las actividades recreacionales con algo de dolor de cuello
- I am able to engage in most, but not all recreational activities because of pain in my neck
Yo estoy en capacidad de involucrarme en la mayoría de actividades recreacionales, no todas, debido a mi dolor de cuello
- I am able to engage in few of my usual recreational activities because of pain in my neck
Yo estoy en capacidad de involucrarme en unas pocas actividades recreacionales, debido a mi dolor de cuello
- I can hardly do any recreational activities because of pain in my neck
Yo dificilmente puedo hacer actividades recreacionales debido a mi dolor de cuello
- I can't do any recreation activities at all
No puedo hacer ninguna actividad recreacional

Score: _____

This spine follow-up form has been reviewed by: _____ **MD/NP/PA** **Date:** _____



Patient Name / Nombre del Paciente: _____

This questionnaire asks for your views about your general health. This information will help keep track of how you are feeling and how well you are able to do your usual activities. For each of the following questions, please mark with an "X" in the one box that best describes your answer. Please do not skip any questions.

Este cuestionario le pregunta por su salud en general. Esta información nos ayudará a hacerle seguimiento a como se está sintiendo Ud. y cuan capaz es Ud. de realizar sus actividades usuales. Para cada una de las siguientes preguntas, por favor marque con una "X" en la casilla que mejor describe su respuesta. Por favor no salte ninguna pregunta.

1. In general, would you say your health is / En general, Ud. diría que su salud es:

- Excellent / Excelente Very Good / Muy Buena Good / Buena Fair / Normal Poor / Mala

2. Compared to one year ago, how would you rate your health in general now?
¿Comparado a hace un año, cómo Ud. calificaría su salud en general ahora?

- Much better now than 1 year ago / Mucho mejor ahora que hace un año
 Somewhat better now than 1 year ago / Algo mejor ahora que hace un año
 About the same as 1 year ago / Más o menos igual que hace un año
 Somewhat worse now than 1 year ago / Algo peor que hace un año
 Much worse now than 1 year ago / Mucho peor ahora que hace un año

3. The following items are about activities you might do during a typical day. Does your health now limit you in these activities? If so, how much? / La siguiente información es acerca de actividades que Ud. suele hacer durante un día típico. ¿Su salud lo limita en alguna de estas actividades? Si es así, ¿en cuánto?

	Yes Limited a lot <i>Si Limita mucho</i>	Yes Limited a little <i>Si Limita solo un poco</i>	No Not limited at all <i>No No limita para nada</i>
a. Vigorous activities, such as running, lifting heavy objects, participating in strenuous sports <i>Actividades vigorosas, como correr, levantar objetos pesados, participar en deportes extenuantes</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Moderate activities, such as moving a table, pushing a vacuum cleaner, bowling, or playing golf <i>Actividades moderadas, como mover una mesa, aspirar, jugar boliche o golf</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Lifting or carrying groceries <i>Levantar y/o llevar comestibles</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Climbing several flights of stairs <i>Subiendo varios tramos de escaleras</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Climbing one flight of stairs <i>Subiendo un tramo de escaleras</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Bending, kneeling, or stooping <i>Doblándose, arrodillándose o recostándose</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Walking more than one mile <i>Caminando más de una milla</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Walking several blocks <i>Caminando varias cuadras</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Walking one block <i>Caminando una cuadra</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Bathing or dressing yourself <i>Bañándose o vistiéndose</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



4. During the past 4 weeks, have you had any of the following problems with your work or other regular daily activities as a result of your physical health? / *Durante las últimas 4 semanas, ¿ha tenido Ud. alguno de los siguientes problemas con su trabajo u otra actividad típica diaria como resultado de su salud física?*
- | | Yes / Sí | No |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Cut down the amount of time you spent on work or other activities
<i>Reducir la cantidad de tiempo que Ud. pasa en el trabajo u otras actividades</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Accomplished less than you would like
<i>Lograr menos de lo que Ud. desearía</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Were limited in the kind of work or other activities
<i>Estar limitado en la calidad del trabajo u otras actividades</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Had difficulty performing the work or other activities (for example, it took extra effort)
<i>Tener dificultades ejecutando el trabajo u otras actividades (Por ej. extra esfuerzo)</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
5. During the past 4 weeks have you had any of the following problems with your work or other regular daily activities as a result of any emotional problems (such as feeling depressed or anxious?) / *Durante las últimas 4 semanas, ¿ha tenido Ud. alguno de los siguientes problemas con su trabajo u otra actividad típica diaria como resultado de algún problema emocional (como sentirse deprimido o ansioso)?*
- | | Yes / Sí | No |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Cut down on the amount of time you spent on work or other activities
<i>Reducir la cantidad de tiempo que Ud. pasa en el trabajo u otras actividades</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Accomplished less than you would like
<i>Lograr menos de lo que Ud. desearía</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Didn't do work or other activities as carefully as usual
<i>No hacer el trabajo u otras actividades tan cuidadosamente como de costumbre</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
6. During the past 4 weeks, to what extent has your physical health or emotional problems interfered with your normal social activities with family, friends, neighbors, or groups? / *Durante las últimas 4 semanas, ¿en qué medida su salud física o sus problemas emocionales han interferido con sus actividades regulares con la familia, los amigos, los vecinos o grupos?*
- Not at all / *Para Nada* Slightly / *Ligeramente* Moderately / *Moderadamente* Quite a bit / *Bastante*
 Extremely / *Extremadamente*
7. How much bodily pain have you had during the past 4 weeks?
¿Cuánto dolor en el cuerpo ha tenido Ud. en las últimas cuatro semanas?
- None / *Ninguno* Very Mild / *Muy Leve* Mild / *Leve* Moderate / *Moderado* Severe / *Severo*
8. During the past 4 weeks, how much did pain interfere with your normal work (including both work outside the home and housework)? / *Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto ha interferido el dolor en su trabajo regular (incluyendo ambos el trabajo dentro y fuera de la casa)?*
- Not at all / *Para Nada* A little bit / *Un poco* Moderately / *Moderadamente* Quite a bit / *Bastante*
 Extremely / *Extremadamente*



9. These questions are about how you feel and how things have been with you during the past 4 weeks. For each question, please give the answer that comes closest to the way you have been feeling: / *Estas preguntas son acerca de cómo se ha sentido y cómo han estado las cosas durante las últimas 4 semanas. Para cada pregunta, por favor de la respuesta que más se acerca a la manera como Ud. se ha estado sintiendo.*

How much of the time during the past 4 weeks / *Durante las últimas 4 semanas, ¿cuántas veces Ud.*

	All of the time <i>Todo el tiempo</i>	Most of the time <i>La mayoría del tiempo</i>	A good bit of the time <i>Bastante</i>	Some of the time <i>Algunas veces</i>	A little of the time <i>Un Poco</i>	None of the time <i>En ningún momento</i>
a. Did you feel full of pep? <i>Se sintió con mucha vitalidad?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Have you been very nervous? <i>Ha estado nervioso?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Have you felt so down in the dumps? <i>Se ha sentido deprimido?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Have you felt calm and peaceful? <i>Se ha sentido calmado?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Did you have a lot of energy? <i>Ha tenido mucha energía?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Have you felt downhearted and blue? <i>Se ha sentido desanimado?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Did you feel worn out? <i>Se ha sentido desgastado?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Have you been happy? <i>Ha estado feliz?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Do you feel tired? <i>Se ha sentido cansado?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. During the past 4 weeks, how much of your time has your physical health or emotional problems interfered with your social activities (like visiting with friends, relatives, etc.) / *Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo su salud física o sus problemas emocionales han interferido con sus actividades sociales (como visitando amigos, familiares, etc.)?*

- All of the time / *Todo el tiempo* Most of the time / *La mayoría del tiempo* Some of the time / *Algunas veces*
 A little of the time / *Pocas veces* None of the time / *Nunca*

11. How true or false is each of the following statements for you? / *¿Cuán verdadero o falso es cada una de estas afirmaciones para Ud.?*

	Definitely True <i>Definitivamente Verdad</i>	Most of the time <i>Mayormente Verdad</i>	Don't Know <i>No se</i>	Mostly False <i>Mayormente Falso</i>	Definitely False <i>Definitivamente Falso</i>
a. I seem to get sick a little easier than other people <i>Yo pareciera enfermarme más fácilmente que otras personas</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. I am as healthy as anybody I know <i>Yo soy tan saludable como cualquiera que conozco</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. I expect my health to get worse <i>Yo espero que mi salud empeore</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. My health is excellent <i>Mi salud es excelente</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Patient Signature / *Firma del Paciente:* _____ Date / *Fecha:* _____