

Name (Nombre): \_\_\_\_\_ SS# (Seguro Social): \_\_\_\_\_ Date (Fecha): \_\_\_\_\_

Date of Injury (Fecha de Lesión): \_\_\_\_\_ Employer (Nombre de la Compañía): \_\_\_\_\_

1. Since your last visit, are you:  Improved?  Worse?  Unchanged  
 ¿Desde su última visita, se ha usted mejorado? empeorado? mantenido su cambios?
2. Since your last visit, have you developed any new complaints?  Yes (Si)  No  
 ¿Desde su última visita, ha usted presentado nuevos síntomas o dolencias?

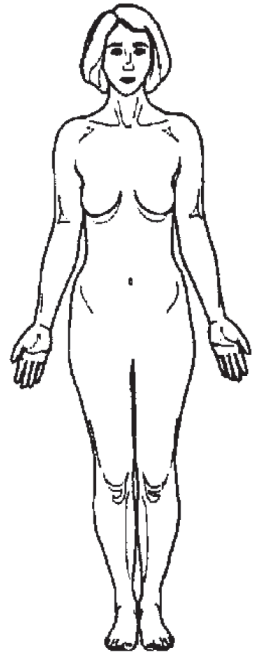
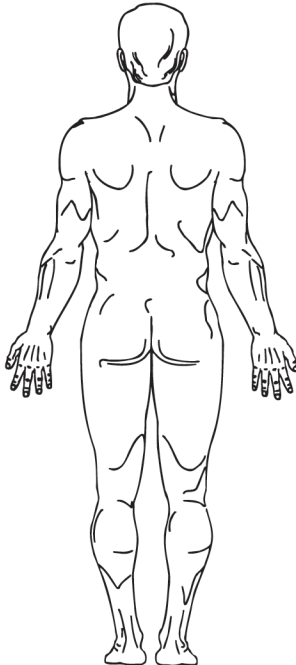
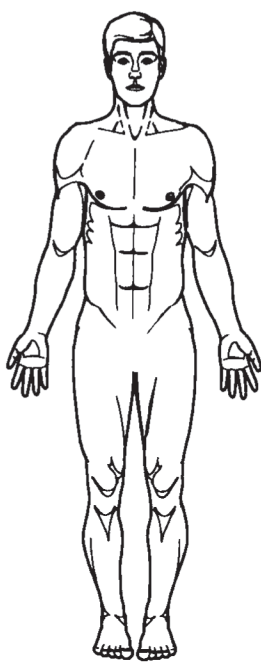
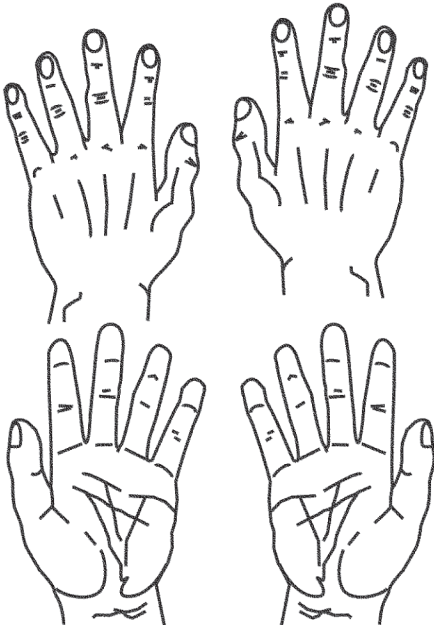
If you have not improved since your last visit, or if you have developed new problems, please explain in the space below.  
 (Si no ha mejorado desde su última visita, o si ha presentado nuevos síntomas o dolencias, por favor explique en el espacio a continuación.)

**PLEASE COMPLETE THE FOLLOWING DIAGRAM (Por favor complete el diagrama a continuación.)**

If you feel any of the symptoms below, mark the areas of the body where you feel them on the figures below and indicated the type of symptom.  
 Si siente alguno de los síntomas listados a continuación, indique el tipo de síntoma y marque en las figuras la zona del cuerpo en donde los siente.

Symptoms (Síntomas)	Example (Ejemplo)
1. Pain (Dolor)	
2. Numbness (Adormecimiento)	
3. Burning (Quemazón)	
4. Pins/Needles (Pinchazos)	

Rate the intensity of your pain: Indique la intensidad de su dolor:	NO PAIN SIN DOLOR	MOST PAIN DOLOR INTENSO
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	



Patient Signature (Firma del Paciente) \_\_\_\_\_ Date (Fecha) \_\_\_\_\_