



## New Patient Medical Information Form:

**NAME** (Nombre): \_\_\_\_\_ **DATE**  
(Fecha): \_\_\_\_\_

**DOB** : \_\_\_\_\_ **AGE** (edad): \_\_\_\_\_ **Sex** (sexo):  **M**  **F** **Height**: \_\_\_ft\_\_\_in (altura) **Weight**: \_\_\_\_\_ lbs  
(pesa)

**Which Hand do you write with?** (*¿Qué mano con qué escribir?*)  **Right-handed** (Derecha)  **Left-handed** (Izquierda)

**TELEPHONE:**

Home \_\_\_\_\_ Work \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

**Please describe the problem that brings you into the office today:** (*Por favor, describa el problema que le trae a la oficina hoy.*)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Where is the problem located? Please be specific.** (*¿Dónde está ubicado el problema? Sea específico, por favor.*)

**Right** (Derecha)  **Left** (Izquierda)  **Both** (Ambos) \_\_\_\_\_

**When did this problem begin (date of injury)** (*¿Cuándo comenzará este problema (fecha de la lesión)*)? \_\_\_\_\_

**\*\*What studies have you had for this problem?** (*¿Qué estudios ha tenido usted para este problema?*)  
**Mark all that apply** (*Marque todas las que correspondan*):

**X-rays** (Radiografías)  **MRI**  **CT**  **Nerve study (EMG)**  **Arthrogram**  **Bone Scan**

**If checked any studies, where did you have the images?**  **Beth Israel**  **Other Location**  
\_\_\_\_\_

Have you had **surgery for this problem?**  **Yes** (si)  **No**  
(*¿Ha tenido usted alguna cirugía previa para este problema?*)

**If yes, please describe: (please include where, when, the surgeon, and did it help)** (*En caso afirmativo, describa: (por favor incluya dónde, cuándo, el cirujano, y lo hizo de ayuda)*) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**WORK STATUS?** (*¿Cuál es su situación laboral?*)

**Employed** (Empleado)  **Unemployed** (Desempleados)  **Disabled** (Incapacitado)  **Student** (Estudiante)  **Retired**  
(Jubilado)

**List your occupation and place of employment OR school and grade if student:**  
(*Liste su ocupación y el lugar del empleo O la escuela y del grado si estudiante*):

\_\_\_\_\_



THE  
HAND SURGERY  
CENTER

321 East 34<sup>th</sup> Street  
New York, NY 10016  
P: 212.340.0000  
F: 212.340.0038

Is your injury or problem related to?  **Work Accident**  **Car Accident**  **Other** \_\_\_\_\_  
(Es la lesión o problema relacionado con la?) accidente del trabajo accidente de coche otro

\* If disabled, when did you last work? (Si usted es discapacitado, ¿cuándo fue trabajando  
última) \_\_\_\_\_

Have you or are you planning to apply for **disability**? (Tiene usted o es usted que planea solicitar la discapacidad?)  **Yes (si)**   
**No**

Is there a **lawsuit** or **litigation** pending in relation to your pain? (Hay una demanda o pleito pendiente en relacion con su dolor?)  **Yes (si)**   
**No**



**Circle the number corresponding to the intensity of your PAIN** (*Circula el número que corresponde a la intensidad de su dolor*):

(0 = no pain, no dolor) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (10 = the worst pain imaginable, el peor dolor imaginable)

**Circle the symptoms that best describe your problem:** (*Círculo de los síntomas que mejor describen su problema:*)

**Stiffness** (*Rigidez*)

**Pain** (*Dolor*)

**Instability** (*Inestabilidad*)

**Numbness** (*Entumecimiento*)

**Swelling** (*Inflamación*)

**Other** (*Otro*) \_\_\_\_\_

**Circle the best descriptors of the quality of your pain** (*Circula el que mejor los descriptores de la calidad de su dolor*): **Dull** (*sordo*) **Throbbing** (*pulsátil*) **Sharp** (*agudo*) **Burning** (*quamente*) **Aching** (*adolorido*)

**Are your symptoms getting...** (*¿Son sus síntomas están...:*)

**Better Gradually** (*Mejor gradualmente*)

**Better Rapidly** (*Mejor rápidamente*)

**Worse Gradually** (*Peor gradualmente*)

**Worse Rapidly** (*Peor rápidamente*)

**What improves your symptoms?** (*Lo que mejora sus síntomas?*) (**Mark all that apply**) (*Marque todo lo que corresponda*)

**Rest** (*El descanso*)

**Ice** (*Hielo*)

**Heat** (**Calor**)

**Motrin/Aleve**

**Other**

(*Otro*) \_\_\_\_\_

**What makes your symptoms worse?** (*¿Lo que hace que sus síntomas empeoren?*) (**Mark all that apply**) (*Marque todo lo que corresponda*)

**Activity** (*Actividad*)

**Cold** (*Frío*)

**Other** (*Otro*) \_\_\_\_\_

**Surgeries: (Las cirugías)**  
**(Año)**

**Year**

**No previous surgeries** (*Ningunas cirugías previas*)

**Appendix** (*El Apéndice*) \_\_\_\_\_

**Gall bladder** (*La vesícula biliar*) \_\_\_\_\_

**Cardiac bypass sugery/CABG** (*cirugía de bypass cardíaco/IDAC*) \_\_\_\_\_

**Other heart surgery** (*otra cirugía del corazón*) \_\_\_\_\_

**Hernia repair** (*Reparación de la hernia*) \_\_\_\_\_

**Hysterectomy** (*Histerectomía*) \_\_\_\_\_

**Other surgeries** (excluding surgeries listed above) *Otras Cirugías (que excluyen las cirugías listaron arriba):*

**Procedure** (*Procedimiento*)

**Year (Año)**

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**REFERRING PHYSICIAN** (*Referirse Physician*):

**Name** (*Refiriéndose Médico*) \_\_\_\_\_

**Address** (*Dirección*) \_\_\_\_\_

**Phone** (*Numero de teléfono*) \_\_\_\_\_



**THE  
HAND SURGERY  
CENTER**

**321 East 34<sup>th</sup> Street  
New York, NY 10016  
P: 212.340.0000  
F: 212.340.0038**

**Patient Signature** \_\_\_\_\_ **Date** \_\_\_\_\_

**Time** \_\_\_\_\_

**Provider Signature** \_\_\_\_\_ **Date** \_\_\_\_\_

**Time** \_\_\_\_\_