

# Casa View Chiropractic Clinic, Inc.

Name (*Nombre*): \_\_\_\_\_ Date (*Fecha*): \_\_\_\_\_

Please use the following diagram to accurately mark all affected areas with the appropriate symbols in which you feel the described sensations. (*Por favor usa los diagramas para marcar las areas donde usted siente las sensaciones descritas. Usa los simbolos apropiados y marque todas las areas afectadas.*)

Dull: **NNN**  
(*Sordo, liviano*)

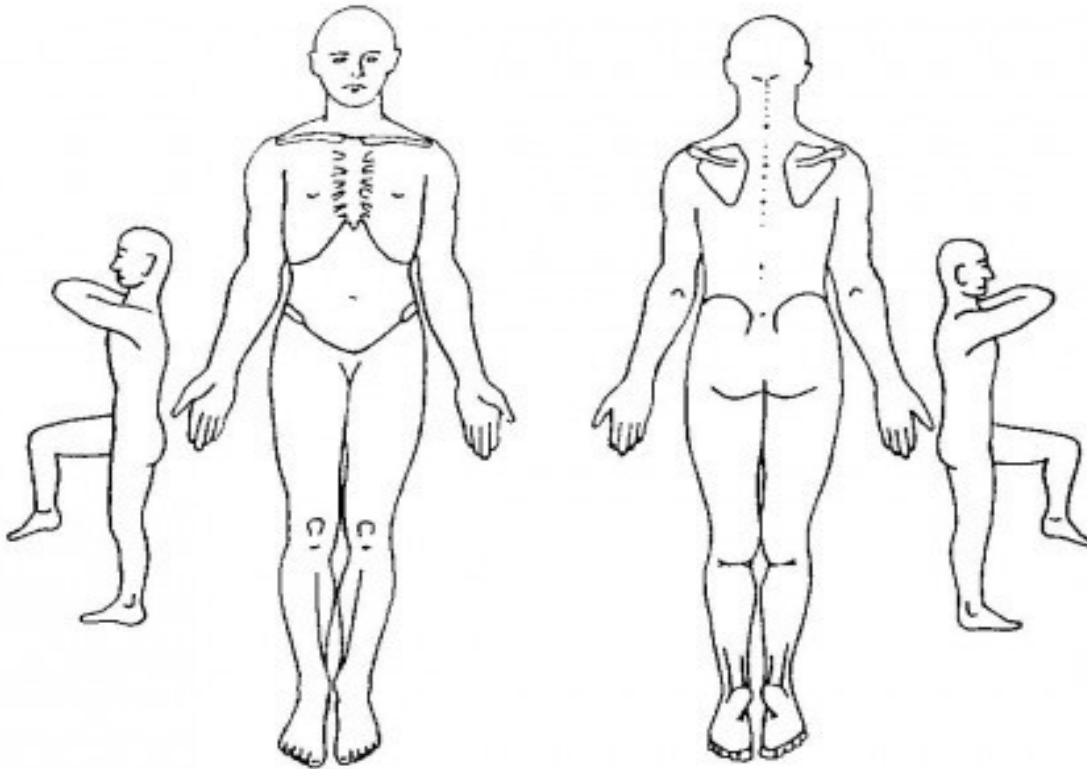
Stabbing/Cutting: **///**  
(*Punzante/ Cortante*)

Burning: **XXX**  
(*Ardiente*)

Numb: **===**  
(*Adormecido*)

Tingling/Pins & Needles: **::: :::**  
(*Como agujas y alfileres*)

Cramping: **SSS**  
(*Calambres*)



Using the scale of 0-10, with 0= No Pain and 10 = Worst Possible Pain, please place one mark on the line below to indicate your present pain level:

(*Usando la escala de 0-10, con 0 = Sin Dolor y 10 = Dolor Mas Intenso, por favor ponga una marca en la linea de abajo para indicar su presente nivel de dolor*)

No Pain [0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10] Worst Pain Ever  
(*Sin Dolor*) (*Dolor Mas Intenso*)

PLEASE CHECK THE SYMPTOMS THAT YOU HAVE NOTICED SINCE THE ACCIDENT OR SINCE  
THE BEGINNING OF YOUR CONDITION.

*(Por favor marque los sintomas que usted haya notado desde el accidente o desde el comienzo de su condicion)*

Pain or numbness in (dolor or siento dormido en):

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Face (cara)                                    | <input type="checkbox"/> Abdominal pain (dolor abdominal)                          |
| <input type="checkbox"/> Shoulders (hombros)                            | <input type="checkbox"/> Diarrhea (diarrea)  |
| <input type="checkbox"/> Arms (brazos)                                  | <input type="checkbox"/> Constipation (constipacion)                               |
| <input type="checkbox"/> Elbows (codos)                                 | <input type="checkbox"/> Hemorrhoids (hemorroides)                                 |
| <input type="checkbox"/> Hands (manos)                                  | <input type="checkbox"/> Weight Loss ( perdida de peso)                            |
| <input type="checkbox"/> Knees (rodillas)                               | <input type="checkbox"/> Burning in stomach (quemazon de estomago)                 |
| <input type="checkbox"/> Ankles (tobillos)                              | <input type="checkbox"/> Chest pain (dolor de pecho)                               |
| <input type="checkbox"/> Feet (pies)                                    | <input type="checkbox"/> Difficulty Breathing (dificultad al respirar)             |
| <input type="checkbox"/> Neck Pain (dolor de cuella)                    | <input type="checkbox"/> Persistant coughing (tos persistente)                     |
| <input type="checkbox"/> Mid back pain (dolor en espalda superior)      | <input type="checkbox"/> Slowed heart beat (palpitar lento)                        |
| <input type="checkbox"/> Low back pain (dolor en espalda inferior)      | <input type="checkbox"/> Rapid heart beat (palpitar rapido)                        |
| <input type="checkbox"/> Swollen joints (coyunturas inflamadas)         | <input type="checkbox"/> High blood pressure ( alta presion)                       |
| <input type="checkbox"/> Sore muscles (musculos adoloridos)             | <input type="checkbox"/> Low blood pressure (baja presion)                         |
| <input type="checkbox"/> Weak muscles (musculos debiles)                | <input type="checkbox"/> Impatience (impaciente)                                   |
| <input type="checkbox"/> Walking problems (problemas para caminar)      | <input type="checkbox"/> Insomnia (no puede dormir)                                |
| <input type="checkbox"/> Broken bones (huesos quebrados)                | <input type="checkbox"/> Poor circulation (mala circulacion)                       |
| <input type="checkbox"/> Muscle twitches (tic nervioso muscular)        | <input type="checkbox"/> Swollen ankles (tobillos inchados)                        |
| <input type="checkbox"/> Joint stiffness ( coyunturas tiesas)           | <input type="checkbox"/> Pressure in chest (presion en el pecho)                   |
| <input type="checkbox"/> Grinding of teeth (rechinar de dientes)        | <input type="checkbox"/> Choking feeling/sensation (siente ahogo)                  |
| <input type="checkbox"/> Loss of feeling (perdida de sensacion)         | <input type="checkbox"/> Sighing (suspiros)  |
| <input type="checkbox"/> Tingling in feet (cosquilleo en los pies)      | <input type="checkbox"/> Lump in throat (pegazon de garganta)                      |
| <input type="checkbox"/> Tingling in hands (cosquilleo en las manos)    | <input type="checkbox"/> Eye pain (dolor de ojo)                                   |
| <input type="checkbox"/> Paralysis (paralysis)                          | <input type="checkbox"/> Eyelid twitching (parpadeo)                               |
| <input type="checkbox"/> Dizziness (mareo)                              | <input type="checkbox"/> Vision difficulties (dificultad pa aver)                  |
| <input type="checkbox"/> Fainting (desmayo)                             | <input type="checkbox"/> Light bothers eye ( luz molesta los ojos)                 |
| <input type="checkbox"/> Headache (dolor de cabeza)                     | <input type="checkbox"/> Ear pain (dolor de oido)                                  |
| <input type="checkbox"/> Feeling of tension (tension)                   | <input type="checkbox"/> Ringing in ears (timbre en los oidos)                     |
| <input type="checkbox"/> Sleeping difficulties (dificultad para dormir) | <input type="checkbox"/> Hearing loss (perdida de oido)                            |
| <input type="checkbox"/> Convulsions (convulsiones)                     | <input type="checkbox"/> Allergies (alergia)                                       |
| <input type="checkbox"/> Forgetfulness (olvido)                         | <input type="checkbox"/> Sore throat (dolor de garganta)                           |
| <input type="checkbox"/> Confusion (confusion)                          | <input type="checkbox"/> Hoarseness (ronquera)                                     |
| <input type="checkbox"/> Difficulty concentrating (poca conentracion)   | <input type="checkbox"/> Dry mouth (boca seca)                                     |
| <input type="checkbox"/> Irritability ( irritable)                      | <input type="checkbox"/> Burning / unpleasant taste (mal sabor)                    |
| <input type="checkbox"/> Restlessness ( no puede descansar)             | <input type="checkbox"/> Unsteady voice (cambio de voz)                            |
| <input type="checkbox"/> Trembling ( temblores)                         | <input type="checkbox"/> Bed wetting (orina mucho)                                 |
| <input type="checkbox"/> Cold and clammy hands (manos frias y sudadas)  | <input type="checkbox"/> Difficulty in urination (dificultad al orinar)            |
| <input type="checkbox"/> Blurred vision (vision opaca)                  | <input type="checkbox"/> Frequent urination (orina mucho)                          |
| <input type="checkbox"/> Tendency to sweat (tiende a sudar mucho)       | <input type="checkbox"/> Fullness in bladder (vejiga llena)                        |
| <input type="checkbox"/> Poor appetite (no come bien)                   | <input type="checkbox"/> Urinary urgency (necesidad de orinar)                     |
| <input type="checkbox"/> Difficulty swallowing (le cuesta comer)        | <input type="checkbox"/> Painful urination (dolor al orinar)                       |
| <input type="checkbox"/> Upset stomach (estomago descompuesto)          | <input type="checkbox"/> Decreased sex drive (poco deseo sexual)                   |
| <input type="checkbox"/> Excessive thirst ( mucha sed)                  | <input type="checkbox"/> Fatigue (fatiga)  |
| <input type="checkbox"/> Nausea (nausea)                                | <input type="checkbox"/> Inability to relax (le cuesta relajarse)                  |
| <input type="checkbox"/> Vomiting (vomita mucho)                        | <input type="checkbox"/> Painful menstruation (menstruacion dolorosa)              |
|   | <input type="checkbox"/> Menstrual irregularities (irregularidades<br>menstruales) |