



NEUROLOGY PATIENT QUESTIONNAIRE
NEUROLOGÍA CUESTIONARIO PARA EL PACIENTE

Patient Identification

REFERRING PHYSICIAN / MÉDICO QUE ENVÍA/REMITE AL PACIENTE	PHONE # / No. DE TELÉFONO	FAX # / No. DE FAX
---	---------------------------	--------------------

Past Medical History / <i>Antecedentes personales patológicos</i>	Yes Sí	No No	Details, please <i>Favor de dar detalles</i>
Have you had? / ¿Ha tenido usted?			
Balance problems / <i>Problemas de equilibrio</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Blindness, part or full / <i>Ceguera parcial o total</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Depression / <i>Depresión</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Diabetes / <i>Diabetes</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Dizziness / <i>Vértigos, mareos</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Double vision / <i>Diplopía (vista doble)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Fainting / <i>Desmayos</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Headache / <i>Cefaleas (dolor de cabeza)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Head trauma / <i>Traumatismo craneoencefálico</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hearing problem/Ringing / <i>Problemas auditivos/Zumbido en el oído</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Heart attack / <i>Infarto de miocardio</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Other heart problems / <i>Otras cardiopatías</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
High blood pressure / <i>Hipertensión arterial</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
High cholesterol / <i>Colesterol alto</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Lightheadedness / <i>Mareos</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Nervous breakdown / <i>Crisis nerviosas</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Numbness / <i>Entumecimiento</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Pain / <i>Dolor</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Polio / <i>Poliomielitis</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Psychiatric condition / <i>Enfermedades psiquiátricas</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Seizures (epilepsy) / <i>Convulsiones epilépticas</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sexually transmitted disease / <i>Enfermedades venéreas (transmitidas sexualmente</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Slowness in movement / <i>Lentitud/torpeza de movimientos</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Speech problems / <i>Problemas del habla</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Stroke / <i>Accidentes cerebrovasculares</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Swallowing problems / <i>Problemas para tragar/deglutir</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____



NEUROLOGY PATIENT QUESTIONNAIRE
NEUROLOGÍA CUESTIONARIO PARA EL PACIENTE

Patient Identification

Past Medical History /

Antecedentes personales patológicos

Yes No
Sí No

Details, please
Favor de dar detalles

Have you had? / ¿Ha tenido usted?

Tremors / Temblores..... [checkbox] [checkbox]

Walking problems / Problemas para caminar..... [checkbox] [checkbox]

Family History / Antecedentes familiares

Have any of your relatives had any of the following? If yes, indicate relationship (e.g. Father):

¿Alguno de sus familiares ha tenido cualquiera de las siguientes enfermedades? En caso afirmativo, indique el parentesco (por ejemplo, de padre/madre).

Yes No
Sí No

Details, please
Favor de dar detalles

Alcoholism / Alcoholismo..... [checkbox] [checkbox]

Cancer / Cáncer..... [checkbox] [checkbox]

Dementia / Demencia..... [checkbox] [checkbox]

Diabetes / Diabetes..... [checkbox] [checkbox]

Heart disease / Enfermedades del corazón..... [checkbox] [checkbox]

Memory loss / Amnesia (pérdida de la memoria)..... [checkbox] [checkbox]

Mental illness / Enfermedades mentales..... [checkbox] [checkbox]

Migraine / Migrañas..... [checkbox] [checkbox]

Neurological disease / Enfermedades neurológicas..... [checkbox] [checkbox]

Seizures / Convulsiones..... [checkbox] [checkbox]

Stroke / Infarto de miocardio..... [checkbox] [checkbox]

Tuberculosis / Tuberculosis..... [checkbox] [checkbox]

Are there any other diseases that run in the family / ¿Hay algunas otras enfermedades comunes o hereditarias en la familia?

CONTINUED NEXT PAGE / CONTINUADO EN LA PÁGINA SIGUIENTE



NEUROLOGY PATIENT QUESTIONNAIRE
NEUROLOGÍA CUESTIONARIO PARA EL PACIENTE

Patient Identification

Medications / Medicamentos

Please list all of the medications you are currently taking. Include aspirin, birth control pills, hormones, water pills, sleeping pills, tranquilizers, vitamins, etc.)

Favor de enumerar todos los medicamentos que está tomando usted actualmente. Incluya aspirinas, píldoras anticonceptivas, hormonas, pastillas diuréticas, tranquilizantes, vitaminas, etc.)

Medication <i>Medicamento</i>	Dosage <i>Dosis</i>	How often taken? <i>¿Qué tan frecuente lo toma?</i>	For how long? <i>¿Por cuánto tiempo?</i>

Surgical Procedures / Intervenciones quirúrgicas

Operation / <i>Operación</i>	Hospital and City <i>Hospital y Ciudad</i>	Date <i>Fecha</i>

**Other Hospitalizations Or Other Medical Problems /
*Otras hospitalizaciones u otros problemas médicos***



NEUROLOGY PATIENT QUESTIONNAIRE
NEUROLOGÍA CUESTIONARIO PARA EL PACIENTE

Patient Identification

Allergies / Alergias:

Please list any allergies to medications / *Favor de anotar cualquier alergia que tenga a medicamentos:*

Are you allergic to X-ray dye? / *¿Es usted alérgico(a) al colorante/tinte/líquido de contraste de radiografías?*

Yes/Sí No/No

Are you allergic to shellfish? / *¿Es usted alérgico(a) a los mariscos?* Yes/Sí No/No

Please list any allergies to foods / *Favor de anotar cualquier alergia que tenga a alimentos?*

Diagnostic Procedures / Procedimientos de diagnóstico

Have you had? <i>¿Se le ha realizado alguno de los siguientes procedimientos?</i>	Yes Sí	No No	When / Where Cuándo / Dónde
Angiogram of the brain / <i>Angiografía del cerebro</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ / _____
CAT scan / <i>Exploración por Tomografía axial computarizada TAC</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ / _____
EEG (brain wave test) / <i>Electroencefalograma EEG (prueba de las ondas cerebrales)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ / _____
EMG (nerve-muscle test) / <i>Electromiografía EMG (Prueba de los nervios que controlan los músculos)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ / _____
Magnetic Resonance (MRI) / <i>Imágenes por resonancia magnética (IRM)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ / _____
Neuropsychological testing / <i>Pruebas Neuropsicológicas</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ / _____
Spinal tap / <i>Punción lumbar</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ / _____
Skull x-ray / <i>Radiografía de cráneo</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ / _____
Spine x-ray / <i>Radiografía lumbar</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ / _____



NEUROLOGY PATIENT QUESTIONNAIRE NEUROLOGÍA CUESTIONARIO PARA EL PACIENTE

Review of Systems / Revisión de aparatos/sistemas:

What is your weight? _____ Height? _____
¿Cuánto pesa? _____ ¿Cuánto mide de estatura?

Patient Identification _____

	Yes	No	Details, please
	Sí	No	Favor de dar detalles
Have you had? / ¿Ha tenido usted?			
Alcoholism / Alcoholismo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Weight change / Alteraciones en el peso.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Fevers / Fiebres.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sinus trouble / Problemas de los senos paranasales (sinusitis).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ringing in ears / Zumbido de los oídos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Shortness of breath / Disnea (falta de respiración).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cough / Tos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Asthma / Asma.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Neurological disease / Neuropatías.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hyperventilation / Hiperventilación.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Chest pain or angina / Dolor torácico o angina (de pecho)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Abnormal heart beat / Anomalías en el ritmo cardiaco.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Rheumatic fever / Fiebre reumática.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Nausea and vomiting / Náusea y vómito.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Abdominal pain / Dolor abdominal (dolor de estómago).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ulcers / Úlceras.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Diarrhea / Diarrea.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Constipation / Estreñimiento.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Blood in the stool / Sangre en las heces.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Loss of bowel control / Incontinencia fecal.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Loss of bladder control / Incontinencia urinaria.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Disc problems / Discopatías.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Back pain / Dolor lumbar.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Neck pain / Dolor de cuello.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Joint pain / Artralgia (dolor en las articulaciones).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Rash / Sarpullido.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Bruising & bleeding / Moretones/hematomas o hemorragias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Anemia / Anemia.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____



NEUROLOGY PATIENT QUESTIONNAIRE NEUROLOGÍA CUESTIONARIO PARA EL PACIENTE

Patient Identification

Review of Systems (con't) /

Revisión de aparatos/sistemas (continúa de la página anterior):

	Yes	No	Details, please
	Sí	No	Favor de dar detalles
Have you had? / ¿Ha tenido usted?			
Pain with urine / Micción dolorosa (urodinia).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Excessive thirst / Sed excesiva.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Frequent urination / Micción frecuente (orina frecuentemente).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Excessive hunger / Hambre excesiva.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Thyroid problem / Problemas de la glándula tiroidea.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Memory problems / Problemas de memoria.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Difficulty finding words / Dificultad para encontrar/discernir/ acordarse de palabras.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Concentration problems/ Problemas de concentración.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Positive TB test / Prueba positiva de la tuberculosis (TB)....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Do you smoke? / ¿Fuma?!	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	How much? / ¿Cuántos cigarrillos _____
Do you use alcohol? / ¿Toma bebidas alcohólicas?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	How often? / ¿Con qué frecuencia? _____
Heart attack / Infarto de miocardio.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
How much coffee or tea do you drink?			_____

Signature of person completing questionnaire
Firma de la persona que llena el cuestionario

Date/Time
Fecha y hora