

**Patient Information**

Patient Name/*Nombre del paciente*: \_\_\_\_\_ Date of Birth/*Fecha de nacimiento*: \_\_\_\_\_  
SSN: \_\_\_\_\_ Gender/*Genero*:  Male/*Varon*  Female/*Hembra*  
Phone/*Telefono*: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_  
Street Address/*Direccion*: \_\_\_\_\_ Unit/*Unidad*: \_\_\_\_\_  
City/*Ciudad*: \_\_\_\_\_ State/*Estado*: \_\_\_\_\_ Zip Code/*Codigo Postal*: \_\_\_\_\_  
Employer/*Empleador*: \_\_\_\_\_ Occupation/*Oficio*: \_\_\_\_\_  
Employer Contact/*Contacto de trabajo*: \_\_\_\_\_ Employer Phone/*Numero de trabajo*: \_\_\_\_\_  
Employer Address/*Direccion de trabajo*: \_\_\_\_\_  
City/*Ciudad*: \_\_\_\_\_ State/*Estado*: \_\_\_\_\_ Zip Code/*Codigo Postal*: \_\_\_\_\_  
Emergency Contact/*Contacto de Emergencia*: \_\_\_\_\_ Phone/*Telefono*: \_\_\_\_\_

**Please note the location of your injuries on the diagram →**  
*Por favor indique la ubicacion de sus lesiones en el diagrama*

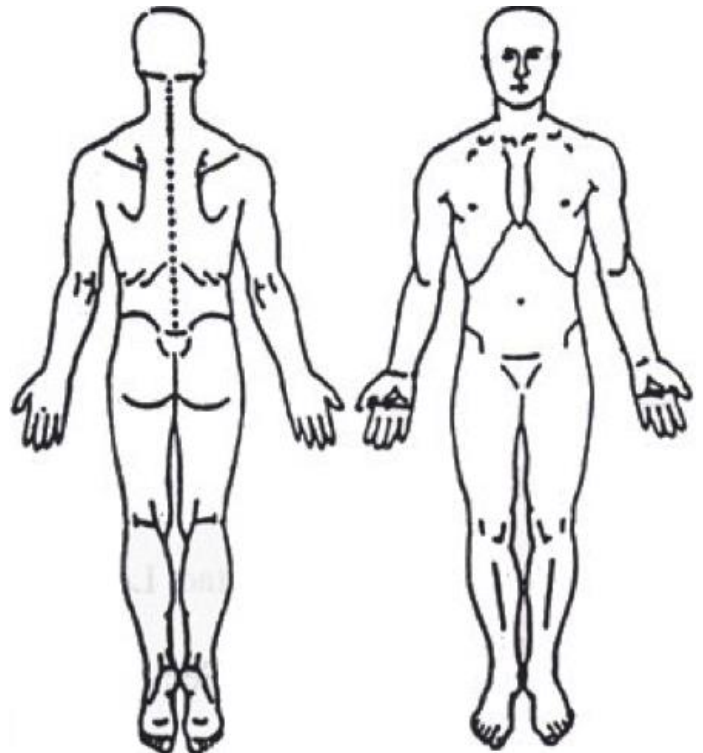
**Side/ Lado:**  Right/*Derecho*  Left/*Izquierdo*  Both/*Ambos*

Date of accident/*Fecha del accidente*: \_\_\_\_\_

Time of accident/*Hora del accidente*: \_\_\_\_\_

Where did the injury occur/*Donde ocurrio la herida?* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

How did you get hurt/*Como se lesionó?* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**For Office Use Only / Sólo para uso de oficina**

BP \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Pulse \_\_\_\_\_ O2 \_\_\_\_\_ RR \_\_\_\_\_ Temp \_\_\_\_\_ Height \_\_\_\_\_ Weight \_\_\_\_\_

**INJURY / ILLNESS REPORT**  
**INFORME DE LESIONES / ENFERMEDADES**

1.  Right Handed/ *Diestro(derecho)*  Left Handed/ *Zurdo (izquierdo)*  Ambidextrous/ *Ambidextro*

2. Describe your injury or illness/ *Describe su lesión o enfermedad:* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. What makes your pain better/ *¿Que mejora su dolor?*

\_\_\_\_\_

4. What makes your pain worse/ *¿Que empeora su dolor?*

\_\_\_\_\_

5. Have you received any treatment for this injury/ *¿Ha recibido algún tratamiento para esta lesión en el pasado?*  No  Yes  
If yes, describe/ *Si es así, describa*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. For this injury, have you had/ *Para esta lesión, ¿has tenido:*

XRAY/ *radiografía*  CT  MRI  Surgery/ *cirugía*

Ultrasound/ *Ultrasonido*  EMG, Nerve Test/ *EMG, Prueba de nervio*

7. Rate the severity of your pain by circling a number 0 – 10 on the scale below:

*Califique la severidad de su dolor circulando del numero 0-10 en las escala a continuacion:*

**No Pain / Sin Dolor** 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **Worst Pain / Peor Dolor**

**ALLERGIES TO MEDICATIONS**  
**ALERGIAS A MEDICAMENTOS**

List all **known or suspected** allergies to medication, food or environment:  
*Enumere todas las alergias conocidas o sospechadas a medicamentos, alimentos o medioambiente:*

No Known Drug Allergies (*Ninguna alergia conocida a medicamentos*)

Allergies or Sensitivities. Please list (*Alergias o sensibilidades. Por favor indique*)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**CURRENT MEDICATIONS**  
**MEDICAMENTOS ACTUALES**

List any medications that you are currently taking, include vitamins and supplements:  
*Haga una lista de los medicamentos que está tomando actualmente, incluya vitaminas y suplementos:*

None (*Nada*)

Name (*Nombre*)

Dose & Directions (*Dosis e indicaciones*)

Reason (*Razón*)

---

---

---

---

**SURGICAL AND HOSPITALIZATION HISTORY**  
**HISTORIAL QUIRÚRGICO (CIRUJIAS) Y DE HOSPITALIZACIÓN**

List any surgeries or hospitalizations you have had, include the year and reason:  
*Haga una lista de las cirugías u hospitalizaciones que haya tenido, incluya el año y la razón*

None (*Ninguna*)

---

---

---

**PAST MEDICAL HISTORY**  
**HISTORIAL MÉDICO**

List any medical conditions, illness or disease that you have ever been diagnosed with?  
*Indique cualquier condición médica o enfermedad con la que alguna vez haya sido diagnosticado?*

None (*Ninguna*)

---

---

---

**FAMILY HISTORY**  
**HISTORIA DE FAMILIA**

List any significant family medical history we may need to be aware of  
*Indique cualquier historia médica familiar importante de la que necesitemos estar informados*

None (*Ninguna*)

- Diabetes     Heart Problems/ *Problemas Cardiacos*     Blood Clots/ *Coágulos de sangre*  
 Blood Pressure/ *Presión Sanguínea*     Addiction/ *Adicción*     Early death/ *Muerte temprana*  
 Cancer, Type/ *Cáncer, Tipo*: \_\_\_\_\_

Other/ *Otro*: \_\_\_\_\_

**SOCIAL HISTORY**  
**HISTORIA SOCIAL**

1. Highest level of education completed/ *Mayor Nivel de Educación Completado* :

High School or GED/ *Bachillerato (preparatoria) o GED*  College/ *Universidad*  Advanced Degree/ *grado avanzado*

2. Marital Status/ *Estado civil*:  Married/ *Casado*  Single/ *Soltero*  Widowed/ *Viudo*

3. Have you used, or do you currently use and of the following substances/ *¿Ha usado o usa actualmente y de las siguientes sustancias?*

Caffeine/ *Cafeína*:  No  Yes

Tobacco/ *Tabaco*:  No  Yes, packs per day/ *paquetes por día* \_\_\_\_\_

Alcohol:  No  Yes, number of drinks per week/ *número de bebidas por semana* \_\_\_\_\_

Marijuana:  No  Yes

Frequency/ *Frecuencia?*  Daily/ *diariamente*  Weekly/ *semanal*  Occasionally/ *Ocasional*

**WORK HISTORY (IF INJURY IS WORK RELATED)**  
**HISTORIAL DE TRABAJO (SI LA LESIÓN ESTÁ RELACIONADA CON EL TRABAJO)**

1. Are you currently working/ *¿Esta trabajando actualmente?*  No  Yes. If yes/ *Si es sí,*

Full-time/ *Tiempo completo*  Part-time/ *Medio tiempo*  As Needed/ *Segun sea necesario*

2. Occupation/ *Ocupación*: \_\_\_\_\_ Years/ *Años*: \_\_\_\_\_

3. Name of Employer/ *Nombre de empleador*: \_\_\_\_\_ How Long/ *Cuanto tiempo*: \_\_\_\_\_

4. Are you employed anywhere else/ *Está empleado en otro lado?*  No  Yes. Where/ *Donde*: \_\_\_\_\_

5. Do you operate machinery or power tools/ *Maneja maquinaria o herramientas electricas?*  No  Yes

6. Have you ever suffered a work-related injury/ *alguna vez sufrio una lesion relacionada con el trabajo?*  No  Yes

If yes, please explain/ *En caso afirmativo, expliquielo porfavor*: \_\_\_\_\_

7. Have you ever had an Impairment Rating/ *alguna vez ha tenio una calificación de impedimento?*  No  Yes

If yes, what is the rating/ *En caso afirmativo, cual es la calificación?* \_\_\_\_\_

8. Do you have any Permanent Restrictions/ *tiene alguna restricción permanente?*  No  Yes. If yes, list/ *Si sí, indique*: \_\_\_\_\_

**REVIEW OF SYSTEMS**  
**REVISIÓN DE SISTEMAS**

Are you currently experiencing any of the following?  
*¿Estás experimentando alguna de las siguientes situaciones?*

1. Change in appetite, chills, fatigue, fever, sweats, unexplained weight loss or gain .....  No  Yes  
*Cambio en el apetito, escalofríos, fatiga, fiebre, sudores, pérdida o pérdida de peso inexplicable*
2. Blurred or double vision, use of contact lenses, eye discharge or eye pain .....  No  Yes  
*Visión borrosa o doble, uso de lentes de contacto, secreción ocular o dolor ocular*
3. Dizziness, ear pain, nasal congestion, nose discharge, sneezing or sore throat .....  No  Yes  
*Mareos, dolor de oídos, congestión nasal, secreción nasal, estornudos o dolor de garganta*
4. Chest pain or pressure, fainting or irregular heart beat .....  No  Yes  
*Dolor o presión en el pecho, desmayo o latido irregular del corazón*
5. Congestion, cough, shortness of breath or wheezing .....  No  Yes  
*Congestión, tos, dificultad para respirar o sibilancias*
6. Abdominal pain, diarrhea, nausea, urinary or bowel changes or vomiting .....  No  Yes  
*Dolor abdominal, diarrea, náuseas, cambios urinarios o intestinales o vómitos*
7. Discharge, frequent urination, night time urination or painful urination .....  No  Yes  
*Secreción, micción frecuente, micción nocturna o dolor al orinar*
8. Joint pain, muscle pain or swelling .....  No  Yes  
*Dolor en las articulaciones, dolor muscular o hinchazón*
9. Easy bruising, rash, redness or skin sores .....  No  Yes  
*Aparición fácil de hematomas, sarpullido, enrojecimiento o llagas en la piel*
10. Headache, light headedness, numbness .....  No  Yes  
*Dolor de cabeza, mareo, entumecimiento*
11. History of depression, on psychiatric medication alcoholism or drug abuse .....  No  Yes  
*Historia de depresión, sobre medicamento psiquiátrico, alcoholismo o abuso de drogas*
12. Diabetes, hyper or hypothyroid, heat or cold intolerance .....  No  Yes  
*Diabetes, hiper o hipotiroidismo, intolerancia al calor o al frío*
13. Frequent infections or swollen glands .....  No  Yes  
*Infecciones frecuentes o glándulas hinchadas*
14. Hay fever, medication allergies or food allergies .....  No  Yes  
*Fiebre del heno, alergias a los medicamentos o alergias a los alimentos*

Please explain any "yes" responses/ *Por favor explique cualquier respuesta "sí":*

**All information provided is accurate and up-to-date to the best of my knowledge**

*Toda la información es precisa y actualizada según mi leal saber y entender.*

\_\_\_\_\_  
Patient or responsible party signature/ firma del paciente o responsable

\_\_\_\_\_  
Date/ Fecha