

Patient Information

Patient Name/Nombre del paciente: _____ SSN: _____
Date of Birth/ Fecha de nacimiento: _____ Date/ Fecha: _____ 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

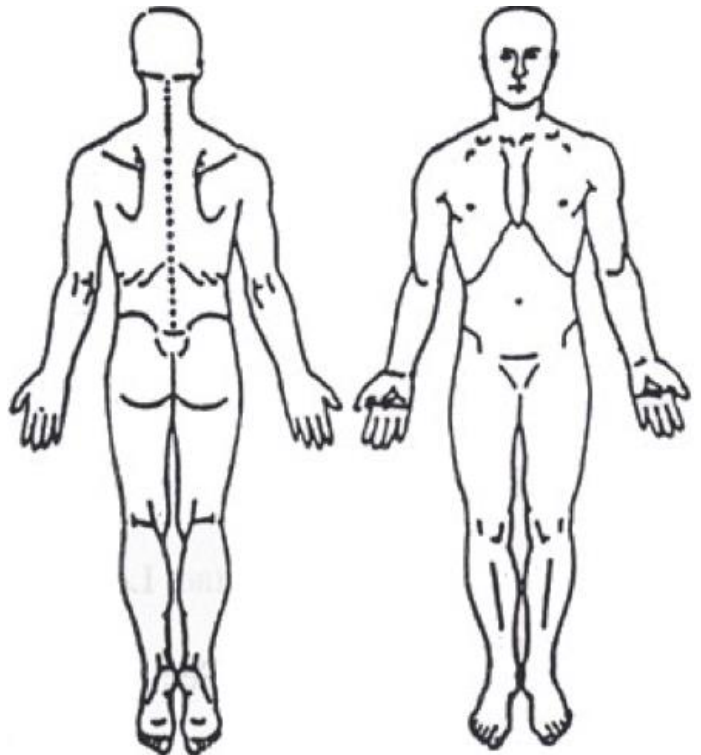
Side/ Lado: Right/ Derecho Left/ Izquierdo Both/ Ambos

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 Care Associates

www.injurycareco.com

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*)

Injury Care Associates

www.injurycareco.com

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*: _____

Injury Care Associates

www.injurycareco.com

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