



Medical History

Patient information/Información del paciente

Name/Nombre _____ **SS#** _____ **DOB/Fecha de nacimiento** _____
Address/Dirección _____ **City/Ciudad** _____ **State/Estado** _____ **Zip/Código postal** _____
DL#/Número de ID _____ **Age/Edad** _____ **Male/Hombre** **Female/Mujer**
Phone: Cellular _____ **Home/Casa** _____ **Email/Correo electrónico** _____
Your occupation/Su oficio _____ **Last day of work/Último día de trabajo** _____

Employer's name/Nombre del empleador _____
Address/Dirección _____ **City/Ciudad** _____ **State/Estado** _____ **Zip/Código postal** _____
Phone/Teléfono _____ **Fax/Número de fax** _____

Name of your MD/Nombre de su doctor _____ **Phone/Teléfono** _____
Address/Dirección _____ **City/Ciudad** _____ **State/Estado** _____ **Zip/Código postal** _____

Emergency contact/Contacto de emergencia

Name/Nombre _____
Phone/Teléfono _____ **Relation to you/Relación a usted** _____

Health insurance/Información de aseguración médica

Company/Compañía _____
ID#/Número de ID _____ **Group#/Número de grupo** _____
Address/Dirección _____ **Phone/Teléfono** _____
Responsible member name/Nombre del asegurado _____ **DOB/Fecha de nacimiento** _____

Explain in detail how you injured yourself/Explique cómo sucedió el accidente: _____

Have you seen any other doctor related to this accident?/Ha visto algún otro doctor por su accidente? **Yes/Sí** **No**
If yes, doctor's name/Nombre del doctor: _____ **Phone/Teléfono** _____
First visit to this doctor's office/Su primera visita: _____ **Your last visit/Su última visita:** _____

For your accident have you rendered services of/Recibió otros servicios a causa del accidente:

Ambulance/Ambulancia **ER/Sala De Emergencia** **MD/Doctor Médico** **Chiropractor/Chiropráctico**
 Dentist/Dentista **Acupuncturist/Acupuntura** **Physical therapy/Terapia física** **Other/Otro:** _____

Medical History, continued

Previous work related injury?/Ha tenido un reclamo de Worker's Comp? Yes/Si No

Cancer: Yes/Si No

Past auto accident?/Accidente de carro? Yes/Si No

Surgery/Cirugias: Yes/Si No

Heart problems/Problemas de corazon: Yes/Si No

Fractures/Fracturas: Yes/Si No

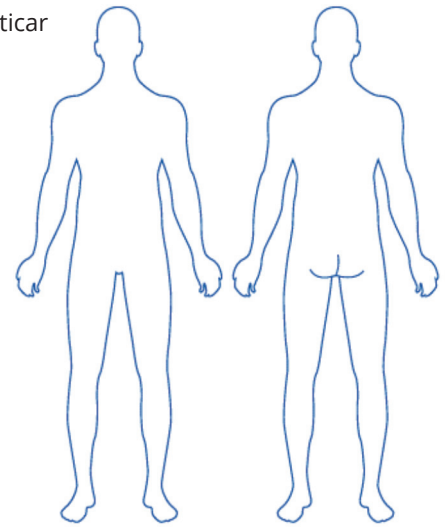
Epilepsy/Epilepsia: Yes/Si No

Diabetes: Yes/Si No

Mark all the symptoms you have noticed since the injury/Marque los sintomas que ha presentado despues del accidente:

- Headaches/Dolor de cabeza
- Neck pain/Dolor de cuello
- Neck stiffness/Rigidez en el cuello
- Back pain/Dolor de espalda baja
- Shoulder pain/Dolor de hombro
- Upper arm pain/Dolor en el brazo superior
- Elbow pain/Dolor de codo
- Forearm pain/Dolor del antebrazo
- Wrist pain/Dolor de muñeca
- Hand pain/Dolor de mano
- Buttock pain/Dolor de gluteo
- Hip pain/Dolor de cadera
- Upper leg pain/Dolor en la pierna superior
- Knee pain/Dolor de rodilla
- Lower leg pain/Dolor en el chamorro
- Ankle pain/Dolor de tobillo
- Foot pain/Dolor de pie
- Chest pain/Dolor de pecho
- Face pain/Dolor en la cara
- Weakness in leg/Debilidad en la pierna/pie

- Weakness in arm/Debilidad en el brazo/mano, derecho o izquierdo
- Numbness or tingling in arm/Adormecimiento o hormigueo en el brazo
- Numbness or tingling in leg/Adormecimiento o hormigueo en la pierna/pie
- Jaw pain/Dolor en la mandibula
- Pain when chewing/Dolor al masticar
- Nervousness/Nervios
- Stomach pain/Dolor de estomago
- Depression/Depresion
- Breathing problems/ Problemas al respirar
- Dizziness/Mareo
- Loss of balance/ Perdida de balance
- Face flushed/ Enrojecimiento de cara
- Cold hands/Manos frias
- Tension /Tencion
- Memory loss/Perdida de memoria
- Ringing or buzzing in ears/Zumbido en los oídos
- Other/Otro _____



Mark with "X" all the affected areas

Are you taking medication?/Toma medicamento? _____

Additional comments about pain/Informacion adicional sobre su dolor: _____

Patient's signature/Firma del paciente: _____ Date/Fecha _____