

Patient information/Informacion del paciente

Name/Nombre _____ **SS#** _____ **DOB/Fecha de nacimiento** _____
Address/Dirección _____ **City/Ciudad** _____ **State/Estado** _____ **Zip/Codigo postal** _____
DL#/Numero de ID _____ **Age/Edad** _____ ☐ **Male/Hombre** ☐ **Female/Mujer**
Phone: Cellular _____ **Home/Casa** _____ **Email/Correo electronico** _____
Your occupation/Su oficio _____ **Last day of work/Ultimo dia de trabajo** _____

Employer's name/Nombre del empleador _____
Address/Dirección _____ **City/Ciudad** _____ **State/Estado** _____ **Zip/Codigo postal** _____
Phone/Telefono _____ **Fax/Numero de fax** _____

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

Emergency contact/Contacto de emergencia

Name/Nombre _____
Phone/Telefono _____ **Relation to you/ Relacion a usted** _____

Health insurance/Informacion de aseguranza medica

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

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

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

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

☐ **Ambulance/Ambulancia** ☐ **ER/SalaDeEmergencia** ☐ **MD/Doctor Medico** ☐ **Chiropractor/Chiropractico**
☐ **Dentist/Dentista** ☐ **Acupuncturist/Acupuntura** ☐ **Physical therapy/Terapia fisica** ☐ **Other/Otro:** _____

Medical History, continued

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

Cancer: ☐ Yes/Si ☐ No

Surgery/Cirugias: ☐ Yes/Si ☐ No

Fractures/Fracturas: ☐ Yes/Si ☐ No

Diabetes: ☐ Yes/Si ☐ No

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

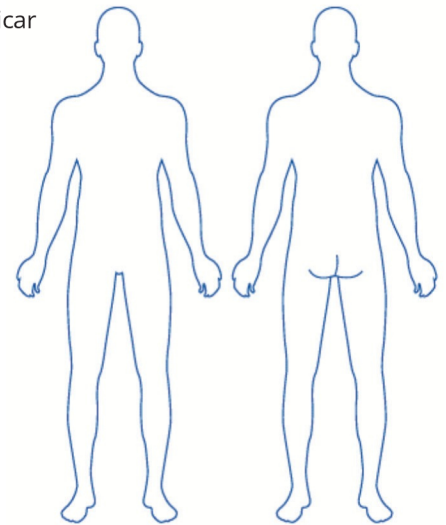
Heart problems/Problemas de corazon: ☐ Yes/Si ☐ No

Epilepsy/Epilepsia: ☐ 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 stomago
- ☐ **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
- ☐ **Ringling 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 _____