

PATIENT INJURY/MEDICAL HISTORY FORM
LESIONES DEL PACIENTE / FORMULARIO DE HISTORIA MÉDICA

Name/Nombre _____ Date/Fecha _____

Date of Loss/Onset (Accident)/ Fecha de la pérdida / inicio (Accidente): _____

Your vehicle Claim Number/ Número de reclamo de su vehiculo _____

Name of YOUR ins./Nombre de su aseguransa _____

Other vehicles Claim Number /Numero de reclamo del otro vehiculo: _____

Name of OTHER Ins./Nombre de la otra aseguransa _____

Describe Accident/ Describir accidente En sus palabras:

Specifics of Accident/specifique su accidente (Mark each that applies to the accident)/ (markar todas las que apliquen a su accidente): Immediately Following the Accident Job or Work Related injury () Yes () No /Inmediatamente después Del accidente Trabajo o accidente laboral () Si () No

You were the/ Usted fue el

- Driver/ conductor
- Passenger/pasajero
- Ambulance – Paramedics Called/ Ambulancia - llamaron a los paramédicos

Sitting/sentado

- Front seat/asiento delantero
- Back seat/asiento trasero
- Treated at Scene/Lo trataron en Escena
- Transported to Hospital by Ambulance/Transportado al hospital en ambulancia

Impending Collision/ colisión inminente

- Braced/ Preparado
- Not braced/ No se preparó
- Went to Hospital on his/her Own/ Fuimos al hospital solos

Head did/la cavesa

- Strike Object/golpeo objeto
- Not strike Object/no golpeo objeto
- Diagnostics Performed at Hospital/ Diagnósticos realizados en el Hospital

Did you experience/ Experimentó

- Shock/ experimento estado de shock
- Medication Prescribed/medicación prescrita
- Flash of Light Seen upon Impact/ Destellos de Luz que se ve el momento del impacto
- Treatment at Hospital/ El tratamiento en el Hospital
- Air bag Deployed/Desplegado bolsa de aire
- follow-up recommendation/seguimiento recomendación

Time Loss

- NO time loss from work due to injury, I am currently working with No limitations/ Sin pérdida de tiempo de trabajo debido a una lesión, actualmente estoy trabajando sin limitaciones.
- NO time loss form work due to injury BUT I do have limitations. /Sin pérdida de tiempo de trabajo debido a una lesión pero tengo * limitaciones.
- I have experienced time loss from work due to injury. Indicate number of days____, weeks____, months____ etc.
- He experimentado la pérdida de tiempo de trabajo debido a una lesión. Indicar el número de días, semanas _ __, _____

_____ mes etc.
[] N/A

Additional Comments/Comentarios Adicionales:

Name/Nombre _____ **Date/Fecha** _____

Mechanism of Injury/ Mecanismo de la lesión

Were you surprised by the impact? / ¿Le sorprendió el impacto? __Yes/Si __No

In relation to the back of your head, was your headrest set: En relación a la parte de atrás de su cabeza, era su apoyo para la
cabezera: _____
__Low/Bajo __Middle/Medio __High/Alto __None/Ninguno

Where was your head facing at the time of impact? / Dónde estaba su cabeza mirando en el momento Del impacto?

__Left/Isquierda __Forward/Adelante __Right/Derecha __Unknown/ Desconocido

Were you leaning forward at the time of impact? Fue inclinándose hacia adelante en el momento del impacto?

__Yes/Si __No

Were you wearing a seatbelt/harness?/usted estaba usando cinturón de seguridad? _____
__Yes/Si __No

Were you rendered unconscious as a result of the accident? / ¿Estabas inconsciente a consecuencia del accidente?

__Yes/Si __No

Did you feel pain immediately after the accident? / ¿Se sintió dolor inmediatamente después del accidente?

__Yes/Si __No

Year and type of vehicle were you in? / Año y el tipo de vehículo en que se encontraba?

Size of your vehicle? Tamaño de su vehículo? _____
__Small/chico __Mid/Mediano __Large/Grande __Unknown/no lo sabe

Year and type of other vehicle involved in the accident? / Año y otro tipo de vehículo implicado en el accidente?

Size of other vehicle? Tamaño de otro vehículo? _____
__Small/Chico __Mid/Mediano __Large/Grande __Unknown/no lo
sabe

What was the approximate speed of your vehicle when the accident occurred? /A que velocidad iba en su vehículo cuando paso
su accidente? _____

What was the approximate speed of the other vehicle when the accident occurred?/ Cuál es la velocidad aproximada del otro
vehículo cuando ocurrió el accidente _____

Name/Nombre _____ Date/Fecha _____

PAIN FORM/ FORMULARIO DE DOLOR

Symptomatology Consultation Form/ una lista de sus síntomas Formulario de consulta

Pain Intensity/Intensidad de dolor

Intensity scale
0 No Pain/sin dolor
1-3 Mild nuisances/dolor leve
4-5 mild to moderate nuisance/dolor leve y moderado
6-7 moderate, having trouble dealing with it/dolor moderado con problemas para sportarlo.
8-10 sever; it is affecting the patient's life quality/Dolor severo que afecta la calidad de vida de el pasiente

WHERE DID YOU HURT BEFORE THE ACCIDENT/DOLOR ANTES DE ACCIDENTE

Symptoms prior to most recent motor vehicle collision/Sintomas antes de accidente

Headaches:	exactly where/site _____	Intensity _____	frequency of awake time _____
Dolor de caveza:	exactamente donde _____	Intensidad _____	Que tan frecuente le duele _____
Jaw pain	exactly where/site _____	Intensity _____	frequency of awake time _____
Dolor de mandibular	exactamente donde _____	Intensidad _____	Que tan frecuente le duele _____
Neck Pain	exactly where/site _____	Intensity _____	frequency of awake time _____
Dolor de cuello	exactamente donde _____	Intensidad _____	Que tan frecuente le duele _____
Middle Back Pain	exactly where/site _____	Intensity _____	frequency of awake time _____
Dolor de espalda	exactamente donde _____	Intensidad _____	Que tan frecuente le duele _____
Low Back Pain	exactly where/site _____	Intensity _____	frequency of awake time _____
Dolor de espalda baja	exactamente donde _____	Intensidad _____	Que tan frecuente le duele _____
Other	exactly where/site _____	Intensity _____	frequency of awake time _____
Otro dolor	exactamente donde _____	Intensidad _____	Que tan frecuente le duele _____
Other	exactly where/site _____	Intensity _____	frequency of awake time _____
Otro dolor	exactamente donde _____	Intensidad _____	Que tan frecuente le duele _____
Other	exactly where/site _____	Intensity _____	frequency of awake time _____
Otro dolor	exactamente donde _____	Intensidad _____	Que tan frecuente le duele _____

WHERE DID YOU HURT IMMEDIATELY AFTER THE ACCIDENT/ DONDE LE DUELE DESPUES DE EL ACCIDENTE

Original Symptoms from most recent motor vehicle Collision/ Los síntomas originales de colisión de vehículos de motor más reciente:

Headaches:	exactly where/site _____	Intensity _____	frequency of awake time _____
Dolor de caveza:	exactamente donde _____	Intensidad _____	Que tan frecuente le duele _____
Jaw pain	exactly where/site _____	Intensity _____	frequency of awake time _____
Dolor de mandibular	exactamente donde _____	Intensidad _____	Que tan frecuente le duele _____
Neck Pain	exactly where/site _____	Intensity _____	frequency of awake time _____
Dolor de cuello	exactamente donde _____	Intensidad _____	Que tan frecuente le duele _____
Middle Back Pain	exactly where/site _____	Intensity _____	frequency of awake time _____
Dolor de espalda	exactamente donde _____	Intensidad _____	Que tan frecuente le duele _____
Low Back Pain	exactly where/site _____	Intensity _____	frequency of awake time _____
Dolor de espalda baja	exactamente donde _____	Intensidad _____	Que tan frecuente le duele _____
Other	exactly where/site _____	Intensity _____	frequency of awake time _____
Otro dolor	exactamente donde _____	Intensidad _____	Que tan frecuente le duele _____
Other	exactly where/site _____	Intensity _____	frequency of awake time _____
Otro dolor	exactamente donde _____	Intensidad _____	Que tan frecuente le duele _____

Other exactly where/site _____ Intensity _____ frequency of awake time _____
 Otro dolor exactamente donde _____ Intensidad _____ Que tan frecuente le duele _____

Name/Nombre _____ Date/Fecha _____

WHERE ARE YOU HURTING TODAY/DONDE LE DUELE HOY

Presenting/Current Symptoms/Sintomas actuales

Headaches: exactly where/site _____ Intensity _____ frequency of awake time _____
 Dolor de caveza: exactamente donde _____ Intensidad _____ Que tan frecuente le duele _____
 Jaw pain exactly where/site _____ Intensity _____ frequency of awake time _____
 Dolor de mandibular exactamente donde _____ Intensidad _____ Que tan frecuente le duele _____
 Neck Pain exactly where/site _____ Intensity _____ frequency of awake time _____
 Dolor de cuello exactamente donde _____ Intensidad _____ Que tan frecuente le duele _____
 Middle Back Pain exactly where/site _____ Intensity _____ frequency of awake time _____
 Dolor de espalda exactamente donde _____ Intensidad _____ Que tan frecuente le duele _____
 Low Back Pain exactly where/site _____ Intensity _____ frequency of awake time _____
 Dolor de espalda baja exactamente donde _____ Intensidad _____ Que tan frecuente le duele _____
 Other: exactly where/site _____ Intensity _____ frequency of awake time _____
 Otro dolor: exactamente donde _____ Intensidad _____ Que tan frecuente le duele _____
 Other: exactly where/site _____ Intensity _____ frequency of awake time _____
 Otro dolor: exactamente donde _____ Intensidad _____ Que tan frecuente le duele _____
 Other: exactly where/site _____ Intensity _____ frequency of awake time _____
 Otro dolor: exactamente donde _____ Intensidad _____ Que tan frecuente le duele _____

What makes current pain worse/Que ase que el dolor sea Peor?

Describe directly below/ Describir directamente debajo for example/Por ejemplo (flexión, sentado) (bending, sitting)	Achy/ adolorido	Burning Ardor	Dull Minimo dolor	Sharp fuerte	Throb punsadas	Other	Worse in/Peor en AM or PM	
Headaches/dolor de caveza								
Jaw Pain/dolor de mandíbula								
Neck Pain/dolor de cuello								
Middle Back Pain/dolor de espalda								
Low Back Pain/dolor de espalda baja								
Other/Otro dolor								
Other/Otro dolor								
Other/Otro dolor								

What makes current pain better/ ¿Qué hace que el dolor actual mejor?

Headaches/dolor de caveza
Jaw Pain/dolor de mandíbula
Neck Pain/dolor de cuello
Middle Back Pain/dolor de espalda

Low Back Pain/dolor de espalda baja
Other/Otro dolor
Other/Otro dolor
Other/Otro dolor

Name/Nombre _____ Date/Fecha _____

Further Pain information/information/mas information sobre su dolor

Radiating Pain/Numbness/Tingling/Burning/Weakness ____ Yes ____ No

Irradiando Dolor / adormecimiento / hormigueo / ardor / Debilidad ____ Si ____ No

Location/Ubicacion _____

Social History/Historia social

List your Hobbies & Exercise Activities/As una lista de tus aficiones y actividades de ejercicio _____

Single/Soltero (a)

Smoker/fumador

Married/Casado (a)

Non-Smoker/No fumo

Divorced/Divorsiado (a)

Drinks Alcohol/Toma alcohol

Number of Children/Numero de hijos _____

Does not drink Alcohol/No toma alcohol

Takes Drugs/Usa drogas

Does not take Drugs/No usa drogas

Occupational History/Historia laboral

Your Employer/Su Empleador _____

What is your current job satisfaction/ Que tan satisfecho esta con el Empleo que tiene

Job Title/Titulo del trabajo _____

Very Satisfied/Muy satisfecho

Satisfied/Satisfecho

Dissatisfied/Insatisfecho

Very Dissatisfied

Is your Job Duties Physically demanding for you? Yes No

¿Están sus Responsabilidades de trabajo físicamente exigente para usted

Si No

Muy Insatisfecho

Have you had any disability time?/A tenido disabilite? Yes/Si No

If you are currently working which are you performing? _____

/Que tipo de trabajo usted esta realizando? _____

Your highest level of education attained? _____

Su nivel más alto de educación alcanzado _____

Regular Duties/Las labors regulares

Limited – Light Duties/Labores limitadas

Medical History Form 1/Historia Medica forma 1

I have seen the following physician/practitioners for this condition/A visto algun medico para alguna condision?

Chiropractor (Name) (/Nombre) de Chiropractic _____
 Massage Therapist/Therapista de massages _____
 Neurologist/Neurologo _____
 Orthopedist/Orthopedista _____
 Physical Therapist/Physico Therapista _____
 Physician/Medico _____
 Psychiatrist/Psychologist /Psiquiatra / Psicólogo _____
 Other/Otro Specialista _____

Name/Nombre _____ Date/Fecha _____

Do you feel you are troubled with/tiene problemas con las siguientes opciones?

- Anxiety/Ansiedad
- depression/Depression
- irritability/irritabilidad

Current Medication I'm taking/Medicina que esta tomando

List the treatments you have had for this condition./Marka los tratamientos que tubiste por tu condision

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Chiropractic/Chiropractico | <input type="checkbox"/> Ice/hielo |
| <input type="checkbox"/> Heat/Ultrasonido/Ultrasonido de calor | <input type="checkbox"/> Osteopathy/Osteopatía |
| <input type="checkbox"/> Electrical Stimulation/Stimulasion Electrica | <input type="checkbox"/> Injections/ Inyecciones |
| <input type="checkbox"/> Exercises/Exercicio | <input type="checkbox"/> Acupuncture /Acupuntura |
| <input type="checkbox"/> Gravity Inversion – Traction | <input type="checkbox"/> Naturopathy /naturepatia |
| <input type="checkbox"/> Bed Rest/descanso en cama | <input type="checkbox"/> Massage/masagge |

Past Hospitalizations/Hospitalizaciones de el pasado

Past Surgeries/Sirugias que aiga tenido en el pasado

List previous back, neck and musculoskeletal problems/Aga una lista de problemas previos de espalda, cuello y los problemas musculos-esqueleticos

**PATIENT INJURY/MEDICAL HISTORY FORM 2/ LESIONES DEL PACIENTE /
 FORMULARIO DE HISTORIA MÉDICA 2**

List the types of Diagnostic Testing that has been for this condition/ Aga una lista de los tipos de pruebas de diagnóstico

que ha sido por esta condición:

- X-rays/rayos -X Discogram/Discograma
- CT scan /Tomografía computarizada Bone Scan/Gammagrafía ósea
- Myelogram/rayos-X de medulla osea EMG/ Electromiografía
- MRI/Resonancia magnetica

Name/Nombre _____ **Date/Fecha** _____

Females – Mark if have the following/ Mujeres –Marque las siguientes opciones

- Vaginal bleeding other than period/Sangrado vaginal aun despues de su periodo menstrual
- Pap smear within last two years/ Prueba de Papanicolaou en los últimos dos años
- Painful menstrual periods/Periodos menstruales dolorosos
- Back pain with menstrual/ Dolores de espalda Durante su periodo menstrual
- Other menstrual problems/Otros problemas menstruales

Mark if you have had any of the following symptoms in the past 5 years/a tenido algunos de estos problemas por los pasados 5 años

- Unexplained fevers/Fiebres Inexplicable
- Night sweats/suda por las noches
- Weight loss of 10 lbs. or more/Perdida de peso de mas de 10 lbs.
- Loss of appetite/Perdida de apetito
- Excessive fatigue/Fatiga excesiva
- Problems with depression/Problemas con la depression
- Difficulty sleeping/dificultades al dormir
- Unusual stress at work/Estress inusual en el trabajo
- Unusual stress at home/estress inusual en el hogar
- Difficulty urinating – start / stop/Dificultades al empesar o parar de orinar
- Easy bruising /Fácil aparición de moretones
- Excessive bleeding/Sangrado excesivo por las noches
- Lumps in neck, armpit or groin/ Tumores en el cuello, la axila o la ingle
- Morning stiffness/ Rigidez matutina
- Chest pain or tightness/ Dolor en el pecho o sensación de opresión
- Persistent eye redness/ Enrojecimiento de los ojos que es persistente
- Persistent or unusual cough/Tos persistente o inusual
- Swollen ankles/Inchason de Rodillas
- Stomach pain/Dolor de estomago
- Change in bowel habits/Cambios de ir al baño
- Persistent diarrhea/Dearrhea persistente
- Excessive constipation/conatipacion excesiva
- Dark black stools
- Blood in stool/ Sangre en las heces
- Pain-burning when urinating/Dolor o ardor al orinar
- Blood in Urine/Sangre en la Orina
- Need to urinate more at night/Necesidad de orinar
- Muscle tenderness/Sensibilidad muscular
- Trouble breathing with exercise/Dificultades al respirar con Ejercicio
- Dry eyes or mouth/Resequedad en boca y ojos
- Trouble breathing lying flat/Dificultades para respirar cuando esta acostado
- Skin rashes/ Erupciones en la piel
- Coughing up blood/Toser sangre
- Joint pain or swelling /Dolor en las articulaciones o hinchazón

Make sure to fill out the neck pain disability index questionnaire and/ or Oswestry low back pain questionnaire in addition.