

# Bienvenidos

## DEMOGRAFÍA DEL PACIENTE



INFORMACIÓN DEL PACIENTE			
Nombre de Paciente:		Fecha de Nacimiento:	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M
Dirección:		Número de Seguro:	
Ciudad:		Estado:	Código postal:
Número de licencia:	Estado:	Celular:	
Correo electrónico:		Tel:	
Médico de atención Primaria:		Tel:	
Contacto de emergencia:		Tel:	
¿Estado Civil? <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Otro:			
¿Cómo supo de Texas Injury Clinic? <input type="checkbox"/> Google <input type="checkbox"/> Doctor <input type="checkbox"/> Abogado <input type="checkbox"/> Otro (explicar)			
¿Quería usted ayuda a encontrar a un buen Abogado de Lesiones Personales? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
INFORMACIÓN DE SU HERIDA			
Fecha de Herida:	Tipo de la Herida: <input type="checkbox"/> Automóvil <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Deporte <input type="checkbox"/> Otro (explicar)		
INFORMACIÓN DEL ASEGURANZA – PARTE RESPONSABLE			
Compañía:		Numero de Reclamo:	
Dirección:		Numero de Grupo:	
Ciudad:		Estado:	Código postal:
Ajustador:		Tel:	Fax:
INFORMACIÓN DE ABOGADO			
Nombre:		Tel:	
Dirección:		Fax:	
Ciudad:		Estado:	Código postal:
¿Hay un Reporte del Accidente? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Reporte #	
INFORMACIÓN DE EMPLEADOR			
¿Estado de Empleo? <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Estudiante			
Compañía:		Tel:	
Dirección:		Fax:	
Ciudad:		Estado:	Código postal:
Nombre de supervisor:		¿Informado al Supervisor? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
Representante medico:		Tel:	
Descripción del puesto:			
PERSONA RESPONSABLE FINANCIERA			
Nombre:	Relacion:	Número Social:	Fecha de Nacimiento:
Dirección:		Celular:	

AUTORIZO MIS BENEFICIOS DE ASEGURANZA PARA HACER PAGADO DIRECTAMENTE AL DISPENSARIO DE TEXAS INJURY CLINIC. ENTIENDO QUE SOY FINANCIERAMENTE RESPONSABLE DE CUALQUIER EQUILIBRIO. AUTORIZO DISPENSARIO DE TEXAS INJURY CLINIC O MI COMPAÑIA DE SEGURO PARA LIBERAR CUALQUIER INFORMACION REQUERIDO A PROCESAR MI RECLAMO.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente / Guardián legal del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre Escrito del Paciente / Guardián legal del Paciente

# AUTO EVALUACIÓN

Nombre: \_\_\_\_\_

Queja Principal / Historia de la Enfermedad Presente					
Síntoma (s)	Cuál Lado	Severidad	La Calidad del Dolor	La fecha del Comienzo	Frecuencia
Dolor en la Cabeza	<input type="checkbox"/> Izquierdo <input type="checkbox"/> Derecho	<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ligero <input type="checkbox"/> Irradia <input type="checkbox"/> Agudo <input type="checkbox"/> Hormiguelo		<input type="checkbox"/> Constante <input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> Intermitente <input type="checkbox"/> Ocasional
Dolor de Cuello	<input type="checkbox"/> Izquierdo <input type="checkbox"/> Derecho	<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ligero <input type="checkbox"/> Irradia <input type="checkbox"/> Agudo <input type="checkbox"/> Hormiguelo		<input type="checkbox"/> Constante <input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> Intermitente <input type="checkbox"/> Ocasional
Dolor de Espalda Alta	<input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/> Derecha	<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ligero <input type="checkbox"/> Irradia <input type="checkbox"/> Agudo <input type="checkbox"/> Hormiguelo		<input type="checkbox"/> Constante <input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> Intermitente <input type="checkbox"/> Ocasional
Dolor de Espalda Baja	<input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/> Derecha	<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ligero <input type="checkbox"/> Irradia <input type="checkbox"/> Agudo <input type="checkbox"/> Hormiguelo		<input type="checkbox"/> Constante <input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> Intermitente <input type="checkbox"/> Ocasional
Dolor de Hombro	<input type="checkbox"/> Izquierdo <input type="checkbox"/> Derecho	<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ligero <input type="checkbox"/> Irradia <input type="checkbox"/> Agudo <input type="checkbox"/> Hormiguelo		<input type="checkbox"/> Constante <input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> Intermitente <input type="checkbox"/> Ocasional
Dolor de Codo	<input type="checkbox"/> Izquierdo <input type="checkbox"/> Derecho	<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ligero <input type="checkbox"/> Irradia <input type="checkbox"/> Agudo <input type="checkbox"/> Hormiguelo		<input type="checkbox"/> Constante <input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> Intermitente <input type="checkbox"/> Ocasional
Dolor en <input type="checkbox"/> La Muñeca <input type="checkbox"/> La Mano	<input type="checkbox"/> Izquierdo <input type="checkbox"/> Derecho	<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ligero <input type="checkbox"/> Irradia <input type="checkbox"/> Agudo <input type="checkbox"/> Hormiguelo		<input type="checkbox"/> Constante <input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> Intermitente <input type="checkbox"/> Ocasional
Dolor en la Pierna	<input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/> Derecha	<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ligero <input type="checkbox"/> Irradia <input type="checkbox"/> Agudo <input type="checkbox"/> Hormiguelo		<input type="checkbox"/> Constante <input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> Intermitente <input type="checkbox"/> Ocasional
Dolor de Cadera	<input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/> Derecha	<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ligero <input type="checkbox"/> Irradia <input type="checkbox"/> Agudo <input type="checkbox"/> Hormiguelo		<input type="checkbox"/> Constante <input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> Intermitente <input type="checkbox"/> Ocasional
Dolor de Rodilla	<input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/> Derecha	<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ligero <input type="checkbox"/> Irradia <input type="checkbox"/> Agudo <input type="checkbox"/> Hormiguelo		<input type="checkbox"/> Constante <input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> Intermitente <input type="checkbox"/> Ocasional
Dolor en <input type="checkbox"/> El Tobillo <input type="checkbox"/> El Pie	<input type="checkbox"/> Izquierdo <input type="checkbox"/> Derecho	<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ligero <input type="checkbox"/> Irradia <input type="checkbox"/> Agudo <input type="checkbox"/> Hormiguelo		<input type="checkbox"/> Constante <input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> Intermitente <input type="checkbox"/> Ocasional
Otra Area:	<input type="checkbox"/> Izquierdo <input type="checkbox"/> Derecho	<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ligero <input type="checkbox"/> Irradia <input type="checkbox"/> Agudo <input type="checkbox"/> Hormiguelo		<input type="checkbox"/> Constante <input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> Intermitente <input type="checkbox"/> Ocasional

● Describa cómo ocurrió su Herida / Incidente: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

● ¿Ha recibido usted cualquier tratamiento para su herida? ¿Si ése es el caso, qué? - (Marque todo lo que aplique)  
 Ninguno  Quiropráctica  Medicamentos  Descompresion Vertebral  Inyecciones:  Epidural de Esteroides  
 Hospital  Fisioterapia  Cirugía: Cuál? \_\_\_\_\_  Pruebas:  MRI  CT  Radiografía

● Nombre y el Número de otros Médicos que han Tratado su Herida: \_\_\_\_\_

Síntomas Actuales / Factores Agravantes				
Síntomas Adicionales	Cuello	Espalda Alta	Espalda Baja	
<input type="checkbox"/> La pérdida del Conocimiento <input type="checkbox"/> Mareos <input type="checkbox"/> Náusea <input type="checkbox"/> Vómito <input type="checkbox"/> Trastornos Visuales <input type="checkbox"/> Zumbido en Oídos <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Nerviosismo <input type="checkbox"/> Fatiga <input type="checkbox"/> Dificultad para Dormir <input type="checkbox"/> Dificultad para Concentrarse <input type="checkbox"/> Pérdida de Memoria <input type="checkbox"/> Irritabilidad	<b><i>Dolor o rigidez con movimiento</i></b> <input type="checkbox"/> Doblandose Adelante <input type="checkbox"/> Doblandose para Atrás <input type="checkbox"/> Torciendose <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> Doblandose al lado <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I	<b><i>Dolor o rigidez con movimiento</i></b> <input type="checkbox"/> Doblandose Adelante <input type="checkbox"/> Doblandose para Atrás <input type="checkbox"/> Torciendose <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> Doblandose al lado <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I	<b><i>Dolor o rigidez con movimiento</i></b> <input type="checkbox"/> Doblando Adelante <input type="checkbox"/> Doblando para Atrás <input type="checkbox"/> Torcer <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> Doblandose al lado <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I	
	<b>Dolor de Cabeza</b> <input type="checkbox"/> Migraña <input type="checkbox"/> Frente <input type="checkbox"/> Atras de la Cabeza <input type="checkbox"/> Cienes	<b>Miembros Altos</b> <input type="checkbox"/> Adormecimiento <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> Punzante <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> Debilidad <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I	<b>Miembros Bajos</b> <input type="checkbox"/> Adormecimiento <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> Punzante <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> Debilidad <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I	<b><i>Mas Dolor al:</i></b> <input type="checkbox"/> Sentarse <input type="checkbox"/> Pararse <input type="checkbox"/> Levantarse <input type="checkbox"/> Estirarse <input type="checkbox"/> Toserse <input type="checkbox"/> Estomudar
	<input type="checkbox"/> Detrás de los Ojos Frecuencia de Dolores de Cabeza - X / semana			<b>Otro:</b> _____ _____

FIRMANDO DEBAJO RECONOCE QUE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA ENCIMA ES AMBOS EXACTO Y COMPLETO

La firma de Paciente o Guardián y de la Relación Legal al Paciente

Fecha

El Nombre Impreso de Paciente o Guardián Legal

# LA HISTORIA DE CONDICIONES DE SALUD



Nombre: \_\_\_\_\_

Historial Médico Pasado				
<input type="checkbox"/> Afección Hepática	<input type="checkbox"/> Ciática	<input type="checkbox"/> Dolor de Mandíbula	<input type="checkbox"/> Marcapasos	<input type="checkbox"/> Pulmonía
<input type="checkbox"/> Alergias / Fiebre de Heno	<input type="checkbox"/> Colesterol alto	<input type="checkbox"/> Dolor de Pecho	<input type="checkbox"/> Nervio Pellizcado	<input type="checkbox"/> Sarpullido
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> Enfermedad Cardíaca	<input type="checkbox"/> Osteoporosis	<input type="checkbox"/> SIDA / VIH
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Cuidado Psiquiátrico	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson	<input type="checkbox"/> Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> Tuberculosis
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Enfermedad Pulmonar	<input type="checkbox"/> Problemas Autoinmunes	<input type="checkbox"/> Ulceras
<input type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/> Ataques de pánico	<input type="checkbox"/> Enfermedad Renal	<input type="checkbox"/> Problemas de Intestinos/Vesícula	
<input type="checkbox"/> Amento/Perida de peso	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Problemas de Próstata	<input type="checkbox"/> Otra:
<input type="checkbox"/> Bronquitis	<input type="checkbox"/> Disco Herniado	<input type="checkbox"/> Estreñimiento o Diarrea	<input type="checkbox"/> Problemas de Tiroides	
<input type="checkbox"/> Cáncer o Tumores	<input type="checkbox"/> Dolor Abdominal	<input type="checkbox"/> Fibromialgia	<input type="checkbox"/> Problemas Urinarios	<input type="checkbox"/> Otra:
<input type="checkbox"/> Cansancio	<input type="checkbox"/> Dolor de la Cabeza	<input type="checkbox"/> Fractura de Huesos	<input type="checkbox"/> Prótesis	

• Por favor, enumere TODAS las Cirugías y Hospitalizaciones anterior: \_\_\_\_\_

• Por favor, enumere TODOS los Medicamentos que está tomando: \_\_\_\_\_

• Liste de cualquier Alergia / sensibilidad a Medicamentos: \_\_\_\_\_

• Lesiones Anteriores:

Colisión de vehículos de motor: Por favor describa / fecha y tratamiento recibido: \_\_\_\_\_

Lastimado en el Trabajo: Por favor describa / fecha y tratamiento recibido: \_\_\_\_\_

Otra tipo de Lesión: Por favor describa / fecha y tratamiento recibido: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez has tenido una lesión grave en la cabeza o el cuello?  Si  No En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_

• SOLO para Mujeres: ¿Está embarazada / intenta quedar embarazada?  Si  No  No Sabe ¿Está amamantando?  Si  No

• La fecha del último período menstrual: \_\_\_\_\_ ¿Está tomando anticonceptivos orales?  Si  No

Descripción Actual del Trabajo o Responsabilidades					
Requisitos de trabajo	Nunca	Ocasional (0 - 1/3 al día)	Frecuente (1/3 - 2/3 al día)	Constante (2/3 - todo el día)	Descripción del puesto en breve
Levantar 1-10 libras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Levantar 11-20 libras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Levantar 21-50 libras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Levantar 51-99 libras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Levantar 100 libras o mas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sentar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
De Pie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Arrodillar o Agachar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Doblar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Empujar o Tirar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Torcer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Alcanzar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**CON SU FIRMA RECONOCE QUE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA AQUI ES EXACTA Y COMPLETA**

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Guardián legal del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde del Paciente o Guardián legal del Paciente