



Patient No 18- Sign In Date

First Name (Nombre): Middle Initial (Inicial de 2do Nombre): Last Name (Apellido):

Social Security Number (Numero e Seguro Social):

Sex (Sexo): Male (Masculino) Female (Femenino) Date of Birth (Fecha de Nacimiento):

Staffing Agency (Agencia):

Employer (Empresa):

Occupation (Ocupación):

Has your medical past history changed since last visit? (¿Ha cambiado su historial médico desde la última visita?) Yes/Si No/No

If yes, please explain (En caso afirmativo, explíquelo por favor)

Has your contact information changed (Ha cambiado su informacion de contacto)?

YES/Si - Answer Section 1 NO/No - Skip to Section 2

SECTION 1

Address (Domicilio):

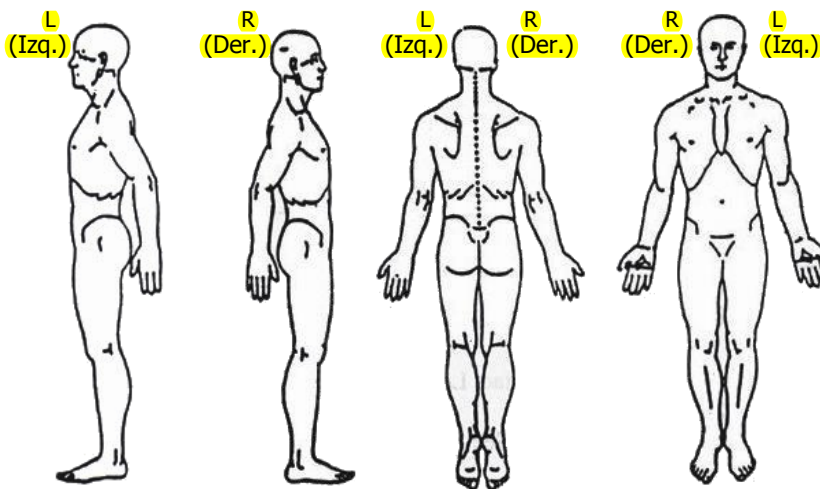
City (Ciudad): State (Estado): Zip Code (Código Postal):

Telephone# (Teléfono): Home (Casa): Cell (Celular):

Email (Correo Electrónico):

SECTION 2

Please mark where you have symptoms below (Por favor, marque los sintomas afectada abajo):



Additional information (Informacion adicional)

Are you currently working? (¿Estas trabajando?)  Yes/Si  No/No

If Yes (En caso afirmativo):  Full unrestricted duty (Competo servicio sin restricciones)

With restrictions (Con restricciones)

Are you tolerating current duty? (¿Estas tolerando el servicio actual?)  Yes/Si  No/No

If No (En caso negativo): Please explain what specifically not tolerable (Por favor explique qué es específicamente no tolerable)

---

---

If you are not working, please specify why (Si no estás trabajando, por favor especifique por qué)

---

---

Please Circle your current average pain level

**Wong-Baker Facial Grimace Scale**

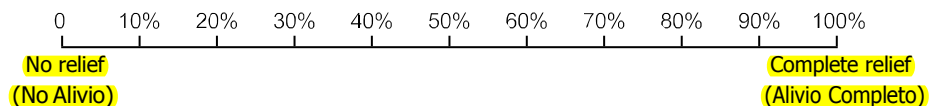
**Activity Tolerance Scale – English**

No Pain	Can Be Ignored	Interferes With Tasks	Interferes With Concentration	Interferes With Basic Needs	Bedrest Required
---------	----------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------------	------------------

**Verbal Descriptor Scale – Spanish**

Nada De Dolor	Un Poquito De Dolor	Un Dolor Leve	Un Dolor Fuerte	Un Dolor Demasiado	Un Dolor Insorportable
---------------	---------------------	---------------	-----------------	--------------------	------------------------

How much better are you since last seen? (¿Cuánto mejor estás desde la última vez que viste?)



**Medications (Medicaciones)**

Please list all of the medications that have been given or prescribed for this injury. Include all prescriptions and OTC (over the counter medicines) and rate their benefits. Record any problems you have experienced. (Favor de hacer una lista de todos los medicamentos que se le han recetado or recetado para esta lesión. Incluya todas las recetas incluyendo OTC (medicamentos de venta libre) y califique sus beneficios. Registra cualquier problema que hayas experimentado).

Medicine Name and Strength (Medicamento y fuerza)	Given By (Dado por)		How much do you use and when? (¿Cuánto cree usted usa y cuándo?)	Benefits (Beneficios)				Need more? (¿Necesitar más?)	Problems? (¿ Problemas?)
	COMP	Other provider/ OTC (otro proveedor/del mostrador)		Effective Efectiva	Moderate Moderada	Little Pequeña	None Ninguno		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

**Physical Therapy**

Have you started PT sessions? (Has comenzado sesiones de terapia física?)  Yes/Sí  No/No

If yes, please state how many sessions so far and if they are with/without benefit? (En caso afirmativo, indique cuántas sesiones hasta ahora y si están con/sin beneficio)

---



---

Are you doing home exercises using brace/support? (Estás haciendo ejercicios en el hogar usando corsé / soporte?)  Yes/Sí  No/No

If yes please explain what exercises/support and if they are with/without benefit? (En caso afirmativo, explique qué ejercicios / apoyo y si están con/sin beneficio)

---



---

**Healthcare Utilization (Utilización de Asistencia Sanitaria)**

Other than our clinic, have you sought any medical attention regarding your injury? (¿Aparte de nuestra clínica, ¿ha buscado atención médica con respecto a su lesión?)  Yes/Sí  No/No

If yes, please state when you were seen and who saw you, if possible (En caso afirmativo, por favor indique cuando fue visto y quién te vio, si es posible)

---



---

Other than the tests done in our clinic, have you had any other diagnostic testing (x-rays, MRI, CT scan) done as a result of your injury?  
(Aparte de las pruebas en esata clínica, ha tenido otras pruebas diagnosticas (radiografías, resonancia magnética, tomografía computarizada) realizado como consecuencia de su lesión?)  Yes/Sí  No/No

If yes, please state what test, when and where it was performed (En caso afirmativo, indicar las pruebas, cuando y donde se llevó a cabo)

---

---

Do you have any questions or concerns you'd like to ask the doctor? (¿Tiene alguna pregunta o preocupación que le gustaría preguntar al médico?)

If yes, please state them (En caso afirmativo, indicar que):

---

---

I hereby certify that the information provided above is correct (Certifico que la información escrita arriba es correcta).

Patient Signature (Firma del Paciente): \_\_\_\_\_ Date (Fecha): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

=====

**CLINIC USE ONLY (CLÍNICA SÓLO UTILIZAN)**

PROVIDER COMMENTS (COMENTARIOS MÉDICO):

Referral Status \_\_\_\_\_

X-Ray Status \_\_\_\_\_

Notes:

\_\_\_\_\_  
Provider Signature (Firma de Médico)