

Austin Total Healthcare

3809 S 2nd St., B-100

Austin, Texas 78704

(512) 447-9675 Fax: (512) 428-9675

Date: _____
(Fecha):

Date of Injury: _____
(Fecha de lastimado):

Patient Information (Informacion de Paciente)

Name: (Nombre):		
Address: (Direccion):		City: Zip Code:
Home Phone: (Tel.de Casa):	Work Phone: (Tel.de Trabajo):	Cell Phone: (Tel. Cell):
DOB: (Fecha de nacimiento): Age: (Edad):	Social Security: (Seguro Social):	Driver's license #: (# de licencia):
Gender: Male Female (Sexo): Hombre Mujer	Circle one: Married Single Divorced Separated Other (Circule uno): Casado(a) Soltero(a) Divorciado(a) Separado(a) Otro(a)	
Email Address:		

Car Insurance

Do you have PIP (Personal Injury Protection)? (Tiene Beneficios de Proteccion de Daños Personales)?	Yes Si	No No
--	-----------	----------

Did you hire an attorney? **Y N** If so, who? _____

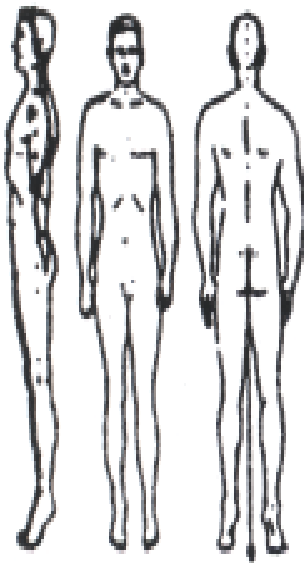
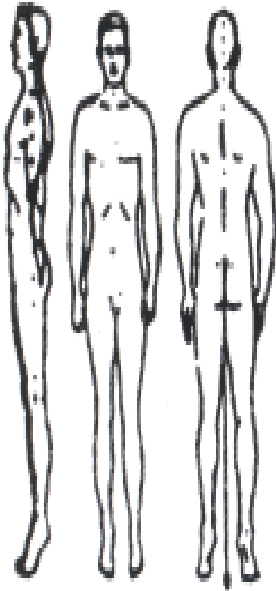
Insurance Information (Informacion de Aseguranza)

Name of Insurance: (Nombre De Aseguranza):	Policy/Claim Number: (Numero de Poliza):
Phone Number: (Numero de Telefono):	Claims Adress: (Dirreccion de Aseguranza):

Employment Information (Informacion de Empleo)

Name of Company: (Nombre De Compania):	Name of Supervisor (Nombre de Supervisor):
Work Phone: (Numero de Trabajo):	Address (Direccion):

Please indicate where your pain is:
(Por favor indique donde tiene dolor)



Circle the intensity of Pain(Circule la Intensidad de Dolor)

No Pain(No Dolor)

Extreme Pain(Dolor Extremo)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Please describe the accident(Por favor describe el accidente)

1. When was the first time you felt this? _____

1. Cuando fue la primera vez que sintio esto? _____

2. When is the pain worst? (A.M. or P.M.)

2. Aque hora es el dolor mas fuerte? (A..M. o P.M.)

3. How often is the pain? _____

3. Que tan frecuente es el dolor? _____

4. When and what causes the pain? _____

4. Cuando y que le causa mas dolor? _____

5. Did you fracture any parts of body? Yes No Where? _____

5. Tuvo fracturas en sus huesos? Si No Donde? _____

6. Have you previosly seen any doctors, clinics, hospitals, or emergency rooms for your present problems?

Where: _____

6. Ha visto a otros medicos, clicas, hospitales, o emergencia, por sus problemas presentes?

Donde: _____

7. Do you take any mediactions/drugs?

Asprin (Bayer Excerin) Tylenol Aleve (Naproxin Sodium) Ibuprofen (Advil, Medipren, Motrin)

Others _____

7. Consume usted algun tipo de medicina/drogas?

Aspirina (Bayer Excerin) Tylenol Aleve (Naproxin Sodium) Ibuprofen (Advil, Medipren, Motrin)

Otros _____

8. Pregnant? Yes No

8. Embarazada? Si N

Surgical and Medical History (*Historia medica*)

Surgical History

Date of Surgery

Prior Symptoms:

- No Prior symptoms
 Yes prior symptoms/dormant
 Yes prior symptoms/worsened

Medical History:

- Yes Ear, nose or throat surgery/ *operacion en nariz, orejas o en gargantuan*-----No
 Yes Thyroid Surgery/ *Operacion de Tiroides*-----No
 Yes Tonsillectomy/ *Tonlectomy*-----No
 Yes Breast Surgery/ *operacion en pecho*-----No
 Yes Heart Surgery/ *operacion de Corazon*-----No
 Yes Lung Surgery/ *operacion de pulmon*-----No
 Yes Vastectomy/ *Vasectomia*-----No
 Yes Ovarian cyst surgery/ *operacion de cyste en ovario*-----No
 Yes Stomach surgery/ *operacion de estomago*-----No
 Yes Hysterectomy/ *Historemia*-----No
 Yes Hernia surgery/ *operacion de hernia*-----No
 Yes Abdominal surgery/ *operacion adominal*-----No
 Yes Gallbladder surgery/ *operacion en bejiga*-----No
 Yes Hermorrhoid surgery/ *cirujia de hemicranias*-----No
 Yes Back or Neck surgery/ *operacion en espalda o cuello*-----No
 Yes Tubal ligation/ *ligacion tubal*-----No
 Yes Reconstructive surgery/ *operacion reconstructive*-----No
 Yes Skin grafts/ *graficos de la piel*-----No
 Yes Varicose vein surgery/ *operacion venas varicose*-----No

Check off Conditions or Symptoms you may have

(Marque sintomas que tenga)

- _____ Sleeping problems/ *problemas durmiendo* (780.50)
 - _____ Headaches/ *dolores de cabeza* (784.0)
 - _____ Chest Pain/ *dolor de pecho* (786.50)
 - _____ Nauseous/ *nauseas* (787.02)
 - _____ Lightheaded/ *mareos* (780.4)
 - _____ Fainting/ *desmayos* (780.02)
 - _____ Pain in the eyes due to light/ *dolor en los ojos por la luz* (368.13)
 - _____ Numbness in hands or fingers/ *se le adormece las manos o dedos* (723.4)
 - _____ Cold hands/ *manos frias*
 - _____ Face feels hot/ *siente la cara caliente*
 - _____ Memory loss/ *perdida de memoria* (780.93)
 - _____ Nervous, stressed, anxious/ *Nervios, estres, ansiedad* (799.2, 309.28)
 - _____ Loss of smell/ *perdida de olor* (781.11)
 - _____ Loss of appetite/ *perdida de apetito* (781.1)
 - _____ Breathing problems/ *problemas de respiracion*
 - _____ Ringing in ears/ *zumbido en oidos* (388.30)
 - _____ Loss of balance/ *perdida de balance*
 - _____ Diarrhea/ *diarrhea*
 - _____ Constipation/ *estrenimiento* (564.00)
 - _____ Have ulcers/ *tienne ulceras*
 - _____ Lef (foot) numbness/ *entumecimiento en piernas o pies* (724.4)
 - _____ Ankle numbness/ *entumecimiento de tobillo*
 - _____ Swollen ankles/ *hinchazon de tobillos*
 - _____ Cold sweats/ *sudor frio* (780.8)
 - _____ Coughing blood/ *tociendo sangre*
 - _____ Weakness/ *debilidad* (780.7)
 - _____ Others/ *otro* _____
-

Bruising/ *Moretones*

- _____ Chest/ *pecho* (922.1)
- _____ Abdomen trunk/ *tronco del abdomen* (922.8)
- _____ Thigh/ *pierna (muslo)*
- _____ Knee/ *rodilla* (924.11)
- _____ Upper and lower limbs/ *miembros superiores o inferiores*