

La Admisión de Pacientes e Historia (WC)

Fecha de Hoy: _____
(Today's Date)

Fecha de su lesión: _____
(Date of injury)

Nombre: _____ Sexo: Mujer/Female Hombre/Male

Fecha de nacimiento (DOB): _____ Su Edad (AGE): _____

SSN#: _____

Numero de Telefono: _____ Cell No: _____

Domicilio (Home address): _____ Ciudad: _____ Codico: _____

Casado (Married) Soltero/a (Single) Separado (Separated) Divorciado (Divorced) Viudo (widow) Menor (minor)

Nombre del cónyuge: _____ Numero de Telefono: _____

EN CASO DE UNA EMERGENCIA, POR FAVOR PONGASE EN CONTACTO CON

Nombre: _____ Relacion: _____

Numero de Telefono: _____ Cell#: _____

Numero de Trabajo: _____

Nombre del empleador: _____ Numero de Telefono: _____

La ocupación: _____ Nombre de Azeguranza _____

El Cuestionario

1. ¿Cuándo empezaste a trabajar para tu empleador? _____

2. ¿Cuáles de las siguientes actividades fueron requeridas por sus deberes de trabajo?

Sentarse (sit) Estar de pie (stand) Caminar (walk) Inclinar (bend) Empujar (push)

Jalar (pull) Alcanzar (reach) trabajo por encima del nivel del hombro (work above shoulder level)

Su uso constante de las extremidades superiores e inferiores (constant usage of upper/lower extremities)

Estar de rodillas (kneel) Escalar (climb) Levantar (lift) La cantidad máxima levantada fue _____ lbs.

3. ¿Está actualmente empleado por la compañía en la que se lesionó? SI NO

4. ¿Está trabajando actualmente? SI NO

¿trabajas para la misma compañía? SI NO

Si no, ¿cuál es el nombre de su empleador actual y cuáles son sus deberes de trabajo? _____

5. Si no estás trabajando, ¿Cuándo fue el último día que trabajaste? _____

6. Si usted no está trabajando actualmente, ¿tiene alguna discapacidad? SI NO

En caso afirmativo, ¿está recibiendo beneficios? SI NO

EDD (del estado) Compañía de seguros de compensación de trabajadores

7. ¿Cómo te lesionas te? Por favor, dé detalles. How did you injure yourself? Please give details.

8. ¿Qué partes del cuerpo sufrió lesiones por el accidente? What body parts did you injure?

- Cabeza Cuello Espalda superior Espalda baja Hombro (D / I)
 Brazo (D / I) Codo (D / I) Muñeca (D / I) Mano (D / I)
 Pierna (D / I) Rodilla (D / I) Tobillo (D / I) Pie (D / I) Otra _____

9. ¿Reportó su lesión después del incidente? SI NO

 ¿a quién reportó su lesión? Supervisor Otro _____

10. ¿Continuó trabajando su turno después de la lesión? SI NO

11. ¿Su empleador lo refirió a un médico? SI NO

 ¿Si sí, cuando? El mismo día Otro _____

12. ¿Qué doctor vio? quiropráctico ortopédico médico general Otro _____

13. ¿Qué tipo de tratamiento recibió?

Medicamento inyección Terapia Abrazadera Otro _____

14. ¿Qué tipo de terapia recibió y cuántas sesiones asistió?

quiropráctico # _____ físico # _____ acupuntura # _____

Otro _____

15. ¿Tuvo algún estudio diagnóstico? SI NO

 ¿Si sí, qué tipo de estudio y que partes del cuerpo?

Rayo X: _____

Resonancia magnética (MRI): _____

Tomografía computarizada (CT): _____

Electromiograma y estudio de conducción nerviosa (EMG/NCV): _____

Otro: _____

16. ¿ha tenido alguna queja previa con las partes del cuerpo lesionadas actualmente? SI NO

 Si es así, explique: _____

17. ¿Ha tenido algún accidente de tráfico anterior? SI NO

Si es así, explique: _____

18. ¿Ha tenido alguna lesión en el trabajo anterior? SI NO

Si es así, explique: _____

19. ¿Ha tenido una lesión anterior no relacionada con el trabajo? SI NO

Si es así, explique: _____

¿Estaba usted en buenas condiciones físicas antes de este accidente? SI NO

Si es así, explique: _____

20. ¿Tiene alergia a algún medicamento? SI NO

Si sí, explique: _____

21. ¿Tiene alguna enfermedad médica, como hipertensión, diabetes mellitus o problemas con el corazón?

Si sí, explique: _____

22. ¿Está tomando algún medicamento actualmente? SI NO

Si sí, explique: _____

23. ¿Ha tenido alguna cirugía? SI NO

Si sí, explique: _____

24. ¿Alguna vez has sido hospitalizado? SI NO

Si sí, explique: _____

25. Bebes alcohol? SI NO

¿Si sí, con qué frecuencia? Ocasionalmente Socialmente Raramente Moderadamente

26. Fumas? SI NO

¿Si sí, con qué frecuencia? Ocasionalmente Socialmente Raramente Moderadamente

27: Su estatura en pies: _____ pies _____ pulgadas Su Peso: _____ lbs.

Diestro Zurdo

28. ¿Estás embarazada? SI NO ¿cuántos meses de embarazo tienes? _____

29. Quejas del paciente: Dolor de cabeza Dolor de Cuello Dolor de espalda media

Dolor de espalda baja Dolor de hombro (D / I) Dolor de codo (D / I)

Dolor de muñeca (D / I) Dolor de mano (D / I) Dolor de cadera (D / I)

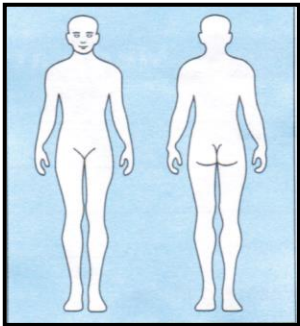
Dolor de rodilla (D / I) Dolor de tobillo (D / I) Dolor de pie (D / I) Dolor de pecho

Entumecimiento y hormigueo en: _____

Dolor que se irradia desde: _____

hasta: _____

En una escala de dolor de 0 a 10, ¿cuál es su nivel de dolor? _____



Otro: _____

Por favor, marca en la imagen donde usted tiene dolor

La información contestada arriba es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento.

Firma del paciente

Fecha: _____

Firma del intérprete

CMI/CHI _____