

# PERSONAL INJURY HISTORY

Name \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

Age \_\_\_\_\_ Birthdate \_\_\_\_\_  Male  Female

Date of injury \_\_\_\_\_ Time \_\_\_\_\_ A.M./P.M. Where did this injury occur? \_\_\_\_\_

1. How did your injury happen?  Slip & Fall  Sports Injury  Tripped & Fell  Fell from a ladder or other high place

Pedestrian hit by a \_\_\_\_\_

Other \_\_\_\_\_

2. Were there any witnesses?  Yes  No If yes, Name \_\_\_\_\_

3. In your own words describe exactly how it happened and what caused it \_\_\_\_\_

4. How did you feel immediately after your injury/accident? \_\_\_\_\_

Later that day? \_\_\_\_\_ The next day? \_\_\_\_\_

5. Did your pain begin gradually?  Yes  No Immediately?  Yes  No

6. Is your pain?  Continuous  Off and on  Getting better  Getting worse

7. How long have you had this present pain? \_\_\_\_\_ Hours \_\_\_\_\_ Days \_\_\_\_\_ Weeks \_\_\_\_\_ Months

8. Have you had this or a similar condition before?  Yes  No If yes, when? \_\_\_\_\_

9. Were you unconscious?  Yes  No If yes, how long? \_\_\_\_\_

10. Did you receive:  Fractures  Cuts  Bruises  Abrasions Other \_\_\_\_\_

11. Did you receive medical aid at the time of your injury/accident?  Yes  No If yes, by whom? \_\_\_\_\_

What was done? \_\_\_\_\_

12. Where did you go right after your injury/accident?  Hospital  Emergency treatment center  Home  Family physician

Resumed activities  Work Other \_\_\_\_\_

13. How did you get there?  Ambulance  Drove myself  Walked  Someone drove me

14. If hospitalized how long? \_\_\_\_\_ Name of hospital \_\_\_\_\_

15. Have you been treated by any doctor or therapist for this PRESENT injury?  Yes  No If yes, Name \_\_\_\_\_

Where? \_\_\_\_\_

16. What type of treatment did you receive? \_\_\_\_\_

17. Did the treatments help?  A little  A lot  Made it worse  Stayed the same

18. Prescriptions received:  Pain killers  Muscle relaxants  Antibiotics  Sedatives  Other \_\_\_\_\_

## 19. CHECK ANY SYMPTOMS YOU HAVE NOTICED SINCE YOUR INJURY/ACCIDENT

- |  |   |  |  |  |
|--|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Headache          | <input type="checkbox"/> Irritability           | <input type="checkbox"/> Numbness in Toes    | <input type="checkbox"/> Vomiting        | <input type="checkbox"/> Cold Feet     |
| <input type="checkbox"/> Neck Pain         | <input type="checkbox"/> Chest Pain             | <input type="checkbox"/> Shortness of Breath | <input type="checkbox"/> Buzzing in Ears | <input type="checkbox"/> Hands Cold    |
| <input type="checkbox"/> Neck Stiff        | <input type="checkbox"/> Dizziness              | <input type="checkbox"/> Fatigue             | <input type="checkbox"/> Loss of Balance | <input type="checkbox"/> Stomach Upset |
| <input type="checkbox"/> Sleeping Problems | <input type="checkbox"/> Head Seems too Heavy   | <input type="checkbox"/> Depression          | <input type="checkbox"/> Fainting        | <input type="checkbox"/> Constipation  |
| <input type="checkbox"/> Back Pain         | <input type="checkbox"/> Pins & Needles in Arms | <input type="checkbox"/> Vision Changes      | <input type="checkbox"/> Loss of Smell   | <input type="checkbox"/> Cold Sweats   |
| <input type="checkbox"/> Nervousness       | <input type="checkbox"/> Pins & Needles in Legs | <input type="checkbox"/> Loss of Memory      | <input type="checkbox"/> Loss of Taste   | <input type="checkbox"/> Fever         |
| <input type="checkbox"/> Tension           | <input type="checkbox"/> Numbness in Fingers    | <input type="checkbox"/> Ears Ring           | <input type="checkbox"/> Diarrhea        | <input type="checkbox"/> _____         |

20. List any symptoms other than above \_\_\_\_\_

21. Have you lost any time off work as a result of this injury?  Yes  No Dates \_\_\_\_\_

22. Do you have an attorney that has advised you as a result of this injury?  Yes  No If yes, Name \_\_\_\_\_

Phone \_\_\_\_\_

Signature of patient \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

# HISTORIA PERSONAL DE LASTIMADURA

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Dia De Nacimiento \_\_\_\_\_  Hombre  Mujer

Fecha de lastimadura \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_ A.M./P.M. ¿Donde ocurrió ésta lastimadura? \_\_\_\_\_

1. ¿Como sucedió su lastimadura?  Resbalo y Caerse  Lastimadura de deporte  Tropezar y caerse

Caerse de una escalera o otro lugar alto

Pedestre golpeado por un \_\_\_\_\_

Otro \_\_\_\_\_

2. ¿Había algunos testigos?  Si  No Si es asi, Nombre \_\_\_\_\_

3. En su mismas palabras describe exactamente como sucedio y que fue la causa \_\_\_\_\_

4. ¿Como se sintio inmediatamente despues de su lastimadura/accidente? \_\_\_\_\_

¿Más tarde en ése día? \_\_\_\_\_ ¿El próximo día? \_\_\_\_\_

5. ¿Comienzo su dolor gradualmente?  Si  No ¿Inmediatamente?  Si  No

6. ¿Es su dolor?  Continuamente  De Vez en Cuando  Mejorarse  Empeorarse

7. ¿Cuanto tiempo ha tenido éste dolor? \_\_\_\_\_ Horas \_\_\_\_\_ Días \_\_\_\_\_ Semanas \_\_\_\_\_ Meses

8. ¿Ha tenido Ud. éste o otro condición similario antes?  Si  No ¿Si asi es, cuando? \_\_\_\_\_

9. ¿Estaba Ud. inconsciente?  Si  No ¿Si asi es, cuanto tiempo? \_\_\_\_\_

10. ¿Recibio Ud.  Fractura  Cortadas  Golpes  Raspaduras Otro \_\_\_\_\_

11. ¿Recibio Ud. ayuda médico al tiempo de su lastimadura/accidente?  Si  No

¿Si asi es, por quien? \_\_\_\_\_ ¿Que fue hecho? \_\_\_\_\_

12. ¿Donde fue despues de su lastimadura/accidente?  Hospital  Centro de emergencia  Hogar  Doctor de familia

Resumio actividades  Trabajo Otro \_\_\_\_\_

13. ¿Como llego alli?  Ambulancia  Transporte por auto  Anduve  Alguien me transporto por auto

14. ¿Si estuvo hospitalizado, por cuanto tiempo? \_\_\_\_\_ Nombre de hospital \_\_\_\_\_

15. ¿Ha sido tratado por algun médico o terapeuta por ÉSTE daño?  Si  No

Si asi es, Nombre \_\_\_\_\_ ¿Donde? \_\_\_\_\_

16. ¿Que tipo de tratamiento recibio Ud.? \_\_\_\_\_

17. ¿Le ayudaron los tratamientos?  Poco  Mucho  Lo hizo peor  Quedo lo mismo

18. Prescripciones recibidos:  Matadores de dolor  Relajación de músculo  Antibióticos

Sedativos Otro \_\_\_\_\_

## 19. MARQUE CUALQUIER SYMTOMAS QUE HA NOTADO DESDE SU LASTIMADURA/ACCIDENTE

- |   |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza  | <input type="checkbox"/> Dolor de pecho          | <input type="checkbox"/> Entumecimiento en los | <input type="checkbox"/> Zumbido en los  | <input type="checkbox"/> Pies fríos    |
| <input type="checkbox"/> Dolor de cuello  | <input type="checkbox"/> Vértigo                 | dedos del pie                                  | oidos                                    | <input type="checkbox"/> Manos frías   |
| <input type="checkbox"/> Cuello tieso     | <input type="checkbox"/> Cabeza se siente pesada | <input type="checkbox"/> Cortedad de aliento   | <input type="checkbox"/> Perdido de      | <input type="checkbox"/> Indispuesto   |
| <input type="checkbox"/> Problemas de     | <input type="checkbox"/> Espinas en los brazos   | <input type="checkbox"/> Fatiga                | balanza                                  | del estómago                           |
| dormir                                    | <input type="checkbox"/> Espinas en las piernas  | <input type="checkbox"/> Depresión             | <input type="checkbox"/> Debilidad       | <input type="checkbox"/> Estreñimiento |
| <input type="checkbox"/> Dolor de espalda | <input type="checkbox"/> Entumecimiento          | <input type="checkbox"/> Cambios en visión     | <input type="checkbox"/> Perdido de oler | <input type="checkbox"/> Sudores fríos |
| <input type="checkbox"/> Nerviosidad      | en los dedos                                     | <input type="checkbox"/> Perdida de memoria    | <input type="checkbox"/> Perdido de      | <input type="checkbox"/> Fiebre        |
| <input type="checkbox"/> Tensión          |  | <input type="checkbox"/> Sonido en los oidos   | probar                                   | <input type="checkbox"/> _____         |
| <input type="checkbox"/> Irritabilidad    |  | <input type="checkbox"/> Vomitivo              | <input type="checkbox"/> Diarrea         |  |

20. Aliste cualquier syntomas más \_\_\_\_\_

21. ¿Ha Ud. perdido tiempo de su trabajo por resulta de ésta lastimadura?  Si  No Fecha \_\_\_\_\_

22. ¿Tiene Ud. un abogado que lo ha avisado por resulta de ésta lastimadura?  Si  No

Si asi es, Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Firma de paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_