



809 Broadway St. #D
King City, CA 93930
Tel: (831) 386-7461
Fax: (831) 386-9841

831 S. Main St.
Salinas, CA 93901
Tel: (831) 422-3701
Fax: (831) 422-3751

INFORMACION SOBRE LASTIMADURAS PRESENTES

Nombre(apellido, primer, segundo): _____ Fecha: _____

Numero de seguro social: _____

Empleado: _____ Ocupacion: _____

Historial de lastimaduras/ dolores presentes

1. Fecha de la lesión? _____
Cuando fue la primera vez que noto los síntomas? _____

2. Los síntomas llegaron repentinamente o gradual? Repentinamente Gradual
Favor de marcar uno:

3. Describa como ocurrió la lastimadura (Que estaba haciendo cuando ocurrió?)

4. Describa algún remedio o tratamiento que allá usado para esto y si le ayudaron con su lastimadura o dolor? _____

5. Había tenido algún problema similar en el pasado?
 / Sí / No
Sí "sí", describa cuando ocurrió y el tipo de tratamiento que recibió: _____

6. A recibido atención medica en algún otro lado por este mismo problema? Si No
Sí "sí", indique el lugar y el tipo de tratamiento que recibió.

7. En sus propias palabras describa sus síntomas: Marque todo cual aplique:
 Dolor Agudo Ardor Va y Viene Constante

8. Hay algo que agrave los síntomas o que los haga peor?

9. Hay algo que haga que los síntomas sean menos o mejor?

Para lastimaduras o condiciones de la mano (por ejemplo síndrome de túnel carpal) favor de completar lo siguiente:



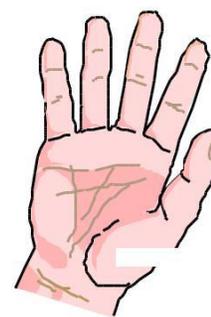
Izquierda



Derecha



Izquierda



Derecha

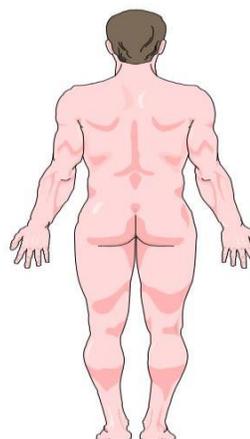
Para lastimaduras de la espalda, cuello, extremidades musculo esqueléticas favor de completar lo siguiente: Con los símbolos dados abajo en los dibujos marque las áreas en su cuerpo donde usted sienta las sensaciones descritas. Incluya todas las áreas afectadas:

Dolor	entumecimiento	Pernos y agujas	Ardor	Punalada	Otro
###	===	000	XXX	///	- - -

Derecha–FRENTE–Izquierda



Izquierda–ESPALDA–Derecha



Nombre y apellido _____