Central Texas Physical Therapy

4201 South Congress Ave, #203
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: City: (*Direccion*): 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?

_____

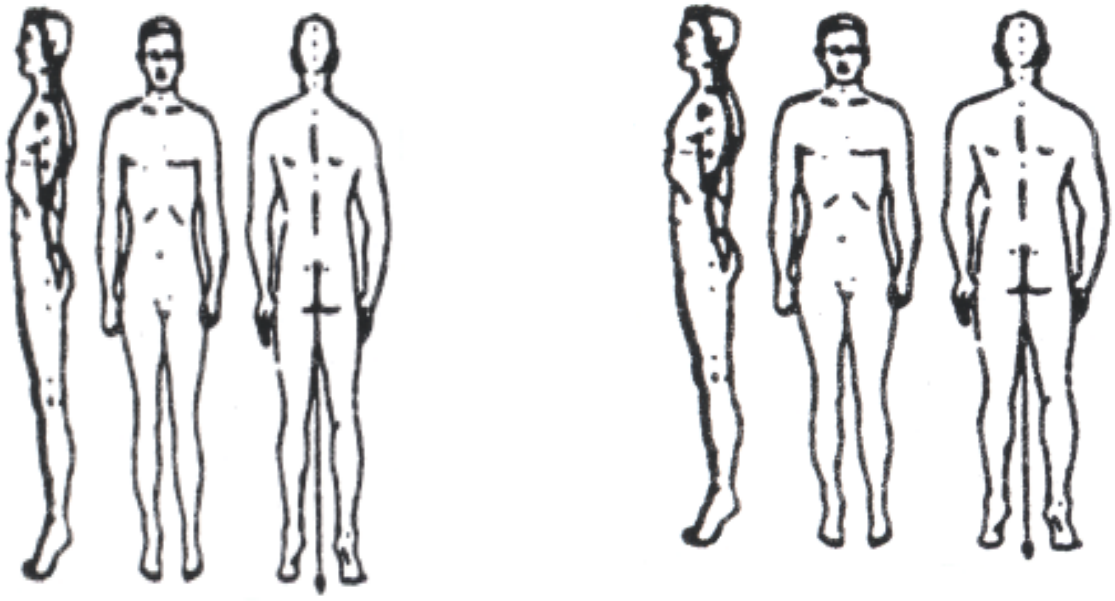
Insurance Information (Informacion de Aseguranza)

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:
(Porfavor 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 (Porfavor describe el accidente)

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Central Texas Physical Therapy, Patient Information

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. or 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 previously 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 Excedrin) Tylenol Aleve (Naproxin Sodium) Ibuprofen (Advil, Medipren, Motrin)

Others_____

7. Consume usted algun tipo de medicina/drogas?

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

Otros_____

8. Pregnant? Yes No

8. Embarazada? Si No

Check off any conditions or symptoms you may have (Circule sintomas que tenga):

1.___ Headache/Dolor de cabeza

2. ___Chest pain/Dolor de pecho

3. ___Nauseous/Nausias

4. ___Lightheaded/siente la cabeza pesada

5. ___Fainting/Desmayos

6. ___Pain in the eyes due to light/Dolor de los ojos por la luz

7. ___Numbness in hands or fingers/se le adormencen las manos o los dedos

8. ___Cold hands/Manos frias

9. ___Face feels hot/siente la cara caliente

10. ___Memory loss/Perdida de memoria

11. ___Nervous/Nervioso(a)

12. ___Depression/Deprecion

13. ___Loss of smell/Perdida de olor

14. ___Loss of taste/Perdida de sabor

15. ___Loss of appetite/Perdida de apetito

16. ___Breathing problems/Problemas de respiracion

17. ___Sleeping problems/Problemas durmiendo

18. ___Ringing in ears/Zumbido de oidos

19. ___Loss of balance/Perdida de balance

20. ___Diarrhea/ Diarrea

21. ___Constipation/extrenimiento

22. ___Have ulcers/Tiene ulceras

23. ___Leg (foot) numbness/Piernas(pies) adormecidos

24. ___Ankle numbness/Adormecion de tobillo

25. ___Swollen ankles/Hinchazon de tobillo

26. ___Cold legs (feet)/Piernas(pies) frios

27. ___Irritation/irritacion

28. ___Cold Sweat/Sudor Frio

29. ___Coughing blood/Tociendo sangre

30. ___ Weakness/Debil

Surgical History (Antecedentes quirurgicos)

1.___ Abdominal Surgery/Operacion Abdominal

2. ___Back or Neck Surgery/Operacion en espalda o cuello

3. ___Breast surgery/Operacion de pecho

4. ___Ear, nose or throat surgery/Operacion de nariz, orejas o en garganta

5. ___Gallbladder surgery/Operacion en bejiga

6. ___Heart surgery/Operacion de corazon

7. ___Hemorroid surgery/Cirujia de hemorajias

8. ___Hernia surgery/Operacion de Hernia

9. ___Hysterectomy/Historemia

10. ___Lung surgery/Operacion de pulmon

11. ___Ovarian Cyst surgery/Operacion de cyste en ovario

12. ___Stomach surgery/Operacion de estomago

13. ___Thyroid surgery/Operacion de tiroides

14. ___Tubal litigation/Ligadura de trompas

15. ___Varicose vein surgery/Operacion venas varicos

16. ___Vasectomy/Vasectomia

17. ___Reconstructive surgery/Operacion reconstructiva

18. ___Skin Graphs/Graficos de la piel