

# Central Texas Physical Therapy

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: 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?

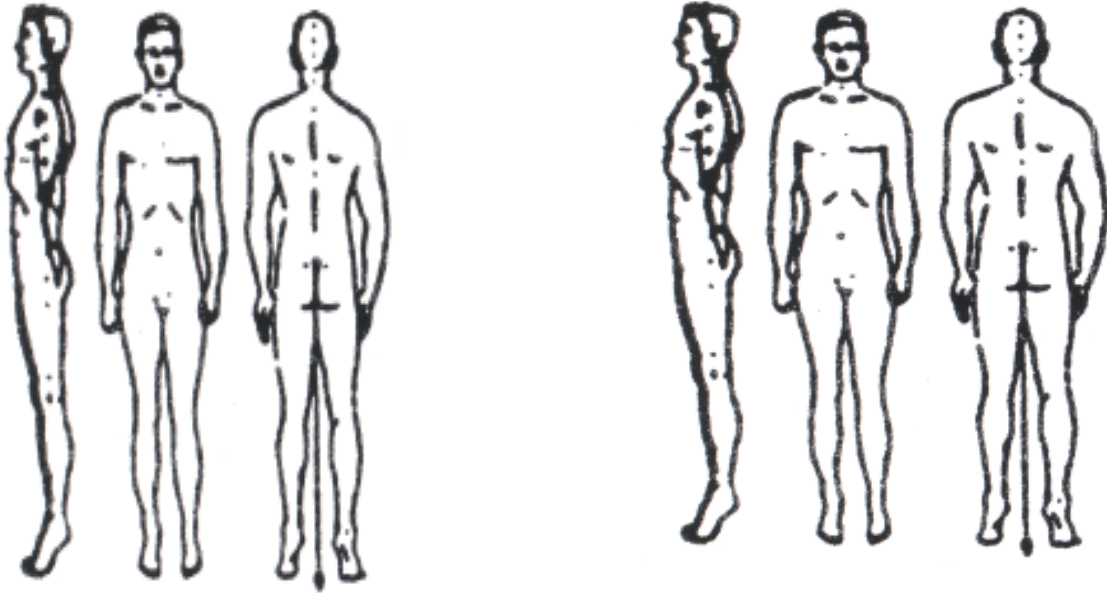
## Insurance Information (Informacion de Aseguranza)

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 adormecen 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