

## PERSONAL INJURY QUESTIONNAIRE\*\*\*\*CUESTIONARIO DE HERIDAS PERSONALES

Did you have any physical complaints BEFORE THE ACCIDENT [Tenia usted cualquier molestia fisica ANTES del accidente]: \_\_\_ Yes/Si \_\_\_ No If YES describe[Sí contesto Sí, describa]: \_\_\_\_\_

Do you have any congenital[defect]? Tiene usted algún defecto congénito [de nacimiento]? \_\_\_ Yes/Si \_\_\_ No  
If YES, describe[Sí contesto Sí, describa]: \_\_\_\_\_

Have you had any previous illnesses[Ha tenido usted una enfermedad antes]: \_\_\_ Yes/Si \_\_\_ No If YES, describe [Sí contesto Sí, describa]: \_\_\_\_\_

Have you ever been involved in an accident before[Ha tenido usted un accidente anteriormente]: \_\_\_ Yes/Si \_\_\_ No  
If YES, describe including dates and type of accident [Sí contesto Sí, describa incluyendo fechas y tipo de accidente]: \_\_\_\_\_

Have you been treated by another doctor for this accident[Ha sido tratado por otro doctor debido a este accidente]  
\_\_\_ Yes/Si \_\_\_ No If YES, list doctor name, address, and type of treatment received[Sí contesto Sí, ponga nombre, dirección y tratamiento recibido] \_\_\_\_\_

Since this injury occurred, are your symptoms[Desde que ocurrió el accidente, sus síntomas estan]:  
\_\_\_ Same/ Igual \_\_\_ Improving/ Mejorando \_\_\_ Getting Worse/ Empeorando.

**TO ALL FEMALE PATIENTS 12 YEARS AND OLDER[PARA TODAS LAS PACIENTES DE SEXO FEMENINO DE 12 ANOS O MÁS]:** Are you pregnant at this time[Esta esperando bebe]: \_\_\_ Yes/Si \_\_\_ No

### CHECK YOUR SYMPTOMS SINCE THE ACCIDENT\*\*\*MARQUE SUS SÍNTOMAS QUE TIENE DESDE EL ACCIDENTE

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Headaches[Dolor de cabeza]     | <input type="checkbox"/> Occipital                          | <input type="checkbox"/> Parietal  |
| <input type="checkbox"/> Temporal                       | <input type="checkbox"/> Entire Head[Toda la cabeza]        | <input type="checkbox"/> Head Too Heavy[Cabeza pesada]                   |
| <input type="checkbox"/> Blurred Vision[Visión borrosa] | <input type="checkbox"/> Dizziness[Mareado]                 | <input type="checkbox"/> Nausea  |
| <input type="checkbox"/> Fatigue[Fatiga]                | <input type="checkbox"/> Fainting[Desmayo]                  | <input type="checkbox"/> Difficulty Sleeping[Dificultad para dormir]     |
| <input type="checkbox"/> Vomiting[Vómitos]              | <input type="checkbox"/> Nervousness[Nerviosismo]           | <input type="checkbox"/> Difficulty Breadthing[Dificultad para respirar] |
| <input type="checkbox"/> Depresión[Depresión]           | <input type="checkbox"/> Tension[Tensión]                   | <input type="checkbox"/> Memory Lapse[Lapsos de memoria]                 |
| <input type="checkbox"/> Megrims[Migrañas]              | <input type="checkbox"/> Diarrhea[Diarrea]                  | <input type="checkbox"/> Cold Sweat[Sudor frío]                          |
| <input type="checkbox"/> Irritability[Irritabilidad]    | <input type="checkbox"/> Fever[Fiebre]                      | <input type="checkbox"/> Stomachache[Dolor de estomago]                  |
| <input type="checkbox"/> Dyspathy                       | <input type="checkbox"/> Cold Feet[Pies fríos]              | <input type="checkbox"/> Elbow R/L[Codo D/ I]                            |
| <input type="checkbox"/> Wrist R/L[Muñeca D/ I]         | <input type="checkbox"/> Hand R/L [Mano D/ I]               | <input type="checkbox"/> Shoulder Pain R/L[Dolor de hombro D/ I]         |
| <input type="checkbox"/> Ankle R/L [Tobillo D/ I]       | <input type="checkbox"/> Arm Pain R/L [Dolor de brazo D/ I] | <input type="checkbox"/> Chest Pain[Dolor de pecho]                      |
| <input type="checkbox"/> Foot R/L [Pie D/ I]            | <input type="checkbox"/> Hip R/L [Cadera D/ I]              | <input type="checkbox"/> Leg Pain R/L [Dolor de pierna D/ I]             |
| <input type="checkbox"/> Neck Pain[Dolor de cuello]     | <input type="checkbox"/> Upper Back[Dolor de espalda alta]  | <input type="checkbox"/> Low Back Pain[Dolor De Espalda Baja]            |
| <input type="checkbox"/> Knee R/L [Rodilla D/ I]        | <input type="checkbox"/> Neck Stiff[Cuello Tenso]           |  |
| <input type="checkbox"/> Other/Otro _____               |   |  |

Date/ Fecha

Patient's Signature/ Firma del Paciente

REVISED 10/05/11