

MD MEDICAL CLINICS
Richard E Hughes, M.D. - Medical Director
INJURY QUESTIONNAIRE
(QUESTINARIO DE ACCIDENTE)

1. Legal Name. Nombre Legal. _____
(First Name / Primer, Middle Initial/Medio, Last Name/Apellido)
2. Date of Birth. Fecha de Nacimiento. ____/____/____ Occupation. Ocupacion. _____
3. Home Address. Direccion Residencial. _____
4. City. Ciudad. _____ State. Estado. _____ Zip. Codigo Postal _____
5. Home Telephone Number. Numero de Telephone. () _____ CELL: () _____
6. Social Security Number. Numero de Seguro Social. _____
7. Date of Injury. Fecha de la Lesion (accidente). ____/____/____
8. Time of Injury. Hora en que ocurrio. _____ am _____ pm: last day worked ? ultimo dia trabajado?: _____
9. Name of Employer. Nombre del compania. _____
Date of Hire/Fecha de Empleo: _____ do you have another job _____
10. Date of Last Tetanus. La Ultima Vacuna Contra El Tetano. _____
If unknown. No Sabe: Over 10 Years. Mas de 10 años Under 10 Years. Menos de 10 años
11. Do You Have Any Drug Allergies? Tiene Alergia a Medicinas? Yes. Si No. No
If Yes, Please List. Por Favor Aliste: _____
12. Do You Have a History of: Tiene Historia de:
Ulcer. Ulceras. Yes. Si No. No Diabetes. Diabetes Yes. Si No. No
Asthma. Asma. Yes. Si No. No High Blood Pressure. Alta Presion. Yes. Si No. No
13. Do You Take any Prescribed Medication(s)? Toma alguna medicina recetada? Yes. Si No. No
If Yes, Please List. Por Favor Aliste: _____
13. Right or Left Handed? Con Que Mano Escribe: Right. Derecha Left. Izquierda
14. Address or Where Injury Happened. Direccion/Lugar Done Ocurrio el Accidente: _____

15. Describe How the Accident or Exposure Occurred. Explique Como Sucedio el Accidente. _____

16. Part of Body Affected. Parte del Cuerpo Afectada. _____
Are you currently being treated for this injury?/Le estan dando tratamiento para este accidente? Yes/Si No/No
17. Have You Had Any Previous History of Injury to The Same Area(s)? Ha Tenido Previos Accidentes a Esta Area?
Yes. Si No. No . If Yes, Please Describe and When. Por Favor Explique y Cuando: _____

I declare under penalty of perjury under the laws of the State of California the above statements are true and correct to the best of my knowledge.
Yo declaro que bajo la Ley de California la informacion de arriba es correcta y verdadera, al mejor de mi conocimiento.

PATIENT'S SIGNATURE. FIRMA DEL PACIENTE

AM AM
PM TO _____ PM
WORK HOURS/HORAS DE TRABAJO

DATE. FECHA