



Exceptional Medicine.
Extraordinary Care.

MERCY OCCUPATIONAL HEALTH

www.MercyOccupationalHealth.org

Mercy Medical Plaza
540 E Jefferson Street, Suite 205
Iowa City, IA 52245
(319) 339-3921
Fax (319) 339-3858
Toll Free (800) 637-2942 x 3921

Muscatine Medical Center
2104 Cedarwood Drive, Suite 102
Muscatine, IA 52761
(563) 263-3921
Fax (563) 264-2525
Toll Free (877) 863-3921

La Lesión/el Incidente - Cuestionario de Historia Medica

Incident / Injury Health History Questionnaire

Si experimenta dificultades para completar o comprender la información en esta forma, notifique a la recepción por favor.

Información Demográfica:

Form with fields for Name, Address, City/State/Zip, Date of Birth, Gender, Telephone, and Employer information.

La LESION PRESENTE, ENFERMEDAD O QUEJA:

¿Está aquí debido a un accidente, enfermedad o lesión que usted cree esta relacionada al trabajo? Sí No

¿Qué fecha ocurrió la lesión o cuándo noto de primero sus síntomas? [Date field]

Describe sus síntomas/Describe your symptoms: [Text field]

¿Sus síntomas ahora son (círcule) MEJOR/Better PEÓR/Worse o IGUAL/Same desde que empezaron?

Describe cómo su problema sucedió Describe how your problem happened: [Text field]

¿Qué hace que su problema se sienta mejor? What makes your problem feel better? [Text field]

¿Qué hace que su problema se sienta peor? What makes your problem feel worse? [Text field]

¿Qué partes de su trabajo hacen que el problema empeóre? What parts of your job make the problem feel worse? [Text field]

¿Qué tratamiento ha recibido hasta ahora para este problema? What treatment have you received so far for this problem? [Text field]

¿Ha hecho alguna cosa para tratar sus síntomas usted mismo? Have you done any thing to treat your symptoms yourself? [Text field]

Box containing Name, Employer, MR#, and DOB fields.

La Lesión/el Incidente - Cuestionario de Historia Medica

Incident / Injury Health History Questionnaire

¿De quién ha recibido tratamiento? (el nombre del médico, del hospital, el número de teléfono, etc) *From whom have you received treatment?*

¿Ha tenido problemas similares en el pasado? Describa por favor. *Have you had similar problems in the past? Please describe.* _____

¿Alguna vez ha llenado un reclamo de compensación de trabajadores? *Have you ever previously filed a workers compensation claim?*

No Sí Explique: _____

¿Se le a determinado una discapacidad o una restricción permanente del trabajo? *Previous impairment rating or permanent work restriction?*

No Sí Explique: _____

¿Ha estado fuera del trabajo por 3 días o mas a causa de una enfermedad o lesion relacionada con el trabajo?

Have you ever been off work for more than 3 days because of an illness or injury related to work?

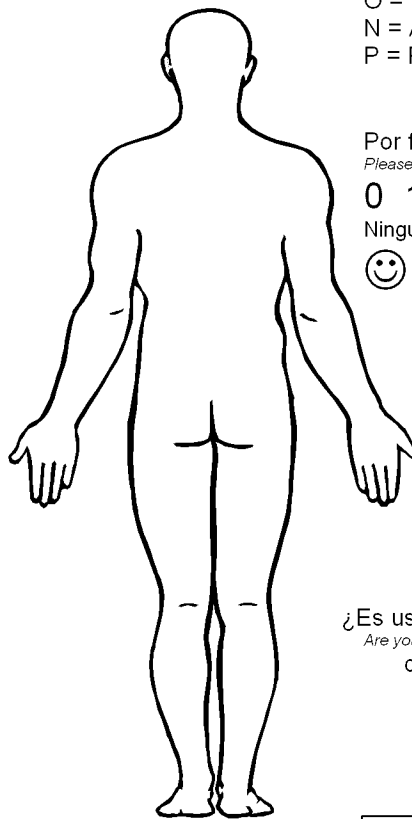
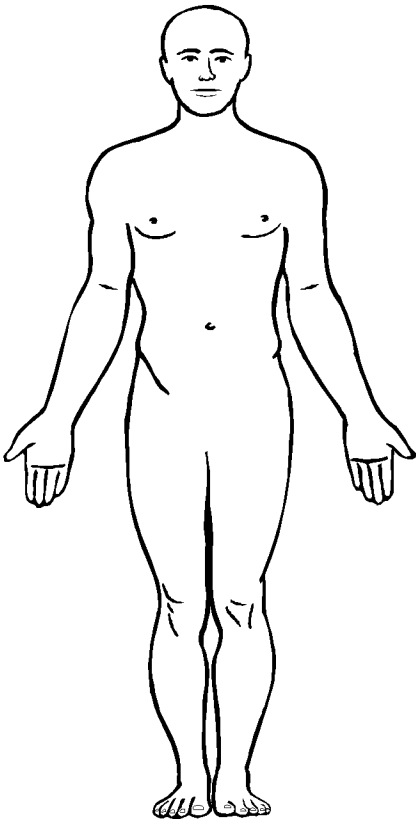
No Sí Explique: _____

¿Ha cambiado de trabajo o las tareas de trabajo a causa de un problema de salud o lesion?

Have you ever changed jobs or work assignments because of a health problem or injury?

No Sí Explique: _____

Por favor indique en los dibujos la ubicación de sus síntomas:



X = Dolor/Pain

O = Ternura para tocar/Tenderness

N = Adormecido/entumecimiento/Numbness

P = Piquetes y pinchasones/Pins and Needles

Por favor valore su dolor en esta escala.

Please rate your pain on this scale.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ninguno-----Mucho



¿Es usted derecho ó zurdo?

Are you right handed or left handed?

derecho
Right

zurdo
Left

Name: _____

Employer: _____

MR#: _____ - _____ - _____

DOB: _____ / _____ / _____

La Lesión/el Incidente - Cuestionario de Historia Medica

Incident / Injury Health History Questionnaire

HISTORIA MEDICA: Ultima Inyección de Tétano / / Examen de sangre de Hepatitis B / /
Tetanus

ALERGIAS: No Alergias *None* Medicina *Medicine* Alimento *Food* Ambiental *Environmental*

Por favor especifique: _____

HISTORIA Medica:

Alguna vez tuvo....

elija todo lo que aplique.

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Problemas del ojo/objeto ajeno al ojo <i>Eye Problems/Foreign Body</i> | <input type="checkbox"/> Reemplazo de coyonturas <i>Joint Replacement</i> | <input type="checkbox"/> Migrañas <i>Migraines</i> |
| <input type="checkbox"/> Metal en cualquier parte del cuerpo <i>Metal in any body part</i> | <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Convulsiones <i>Seizures</i> |
| <input type="checkbox"/> Síndrome de Túnel del carpio <i>Carpal Tunnel</i> | <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Lesión de deportes <i>Sports Injuries</i> |
| <input type="checkbox"/> Problemas neurológicos <i>Neurological Problems</i> | <input type="checkbox"/> Radiación/quimio <i>Radiation/Chemo</i> | <input type="checkbox"/> Problemas musculares <i>Muscle Problems</i> |
| <input type="checkbox"/> Cualquier lesión de Trabajo <i>Any Prior Work Injury</i> | <input type="checkbox"/> Torceduras <i>Sprains or Strains</i> | <input type="checkbox"/> Úlceras del estómago <i>Stomach Ulcers</i> |
| <input type="checkbox"/> Problemas de la cabeza/espina dorsal <i>Head/Spine Problems</i> | <input type="checkbox"/> Problemas pulmonares <i>Lung Problems</i> | <input type="checkbox"/> Colitis |
| <input type="checkbox"/> Problemas de el estómago <i>Stomach Problems</i> | <input type="checkbox"/> Cuidado de quiropráctica <i>Chiropractic Care</i> | <input type="checkbox"/> Infección pulmonar <i>Lung Infection</i> |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión <i>High Blood Pressure</i> | <input type="checkbox"/> Polinosis <i>Hay Fever</i> | <input type="checkbox"/> Tendonitis |
| <input type="checkbox"/> Daltonismo <i>Color Blindness</i> | <input type="checkbox"/> Colmenas <i>Hives</i> | <input type="checkbox"/> Depresión <i>Depression</i> |
| <input type="checkbox"/> Ictericia <i>Jaundice</i> | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal <i>Kidney Disease</i> | <input type="checkbox"/> Ansiedad <i>Anxiety</i> |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Cálculos/piedras renales <i>Kidney Stones</i> | <input type="checkbox"/> Hernia |
| <input type="checkbox"/> Problemas de la nariz <i>Nose Problems</i> | <input type="checkbox"/> Angina/Dolor de pecho <i>Angina/Chest Pain</i> | <input type="checkbox"/> Problemas sanguíneos <i>Bleeding Problems</i> |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Problemas de la piel <i>Skin Problems</i> | <input type="checkbox"/> Disco roto <i>Ruptured Disc</i> |
| <input type="checkbox"/> Gota <i>Gout</i> | | |
| <input type="checkbox"/> Problemas urinarios <i>Urinary Problems</i> | | |
| <input type="checkbox"/> Asma <i>Asthma</i> | | |
| <input type="checkbox"/> Enfisema <i>Emphysema</i> | | |
| <input type="checkbox"/> Marcapasos/turno <i>Pacemaker/Stent</i> | | |
| <input type="checkbox"/> Abuso de sustancias <i>Substance Abuse</i> | | |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca <i>Heart Disease</i> | | |

Por favor explique: _____

LESIONES GRAVES, ENFERMEDADES, HOSPITALIZACIONES O OPERACIONES:

Liste y de las fechas. *Serious Injuries, Illness, Hospital Stays or Operations*

CONDICIONES MEDICAS ACTUALES: Verifique por favor algún problema **ACTUAL** que tenga, en la lista de abajo:

- | | | |
|---|--|--|
| Constitucional <i>Constitutional</i> | Respiratorio <i>Respiratory</i> | Sangre/linfático <i>Blood/Lymphatic</i> |
| <input type="checkbox"/> Fiebre/fríaldades/sudores <i>Fevers/chills/sweats</i> | <input type="checkbox"/> Tos/resuello <i>Cough/wheeze</i> | <input type="checkbox"/> Magullar fácil /sangrar <i>Easy bruising/bleeding</i> |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de peso/ganancia inexplicada <i>Unexplained weight loss/gain</i> | <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar <i>Difficulty breathing</i> | <input type="checkbox"/> Terrones inexplicables <i>Unexplained lumps</i> |
| <input type="checkbox"/> Cambio de energía/debilidad <i>Energy</i> | Gastrointestinal <i>Gastrointestinal</i> | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Frecuencia para orinar <i>Freq Urination</i> | <input type="checkbox"/> Dolor abdominal <i>Abdominal Pain</i> | Neurológico <i>Neurological</i> |
| Ojos <i>Eyes</i> | <input type="checkbox"/> Sangre en la evacuación <i>Blood/BM</i> | <input type="checkbox"/> Mareos <i>Dizziness</i> |
| <input type="checkbox"/> Cambio en la Visión <i>Change in Vision</i> | <input type="checkbox"/> Náusea/vomito <i>Nausea/vomiting</i> | <input type="checkbox"/> Entumecimiento <i>Numbness</i> |
| <input type="checkbox"/> Sensibilidad a la luz <i>Sensitive/Light</i> | <input type="checkbox"/> Diarrea <i>diarrhea</i> | <input type="checkbox"/> Pérdida de Coordinación <i>Coordination</i> |
| Oídos/Nariz/Garganta/Boca | Genitourinario | <input type="checkbox"/> Pérdida de memoria <i>Memory Loss</i> |
| <input type="checkbox"/> Auditivo/timbre en oídos <i>Hearing/Ringing</i> | <input type="checkbox"/> Orina frecuente por la noche <i>Nighttime urination</i> | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza <i>Headaches</i> |
| <input type="checkbox"/> Problemas de los dientes/encías <i>Teeth</i> | <input type="checkbox"/> Gotear de Orina <i>Leaking Urine</i> | Psiquiátrico <i>Psychiatric</i> |
| Cardiovascular | Musculoquelético <i>Musculo-skeletal</i> | <input type="checkbox"/> Ansiedad/énfasis <i>Anxiety/stress</i> |
| <input type="checkbox"/> Dolor/molestia de pecho <i>Chest pain/discomfort</i> | <input type="checkbox"/> Dolores musculares/coyonturas <i>Muscle/joint pain</i> | <input type="checkbox"/> Problemas con el sueño <i>sleeping</i> |
| <input type="checkbox"/> Palpitaciones irregulares del corazón <i>irr hb</i> | <input type="checkbox"/> Coyonturas hinchadas <i>Joint swelling</i> | <input type="checkbox"/> Depresión <i>Depression</i> |
| <input type="checkbox"/> Alta presión sanguínea <i>High Blood Pressure</i> | <input type="checkbox"/> Rigidez de coyonturas <i>Joint stiffness</i> | OTRO <i>Other</i> |
| | <input type="checkbox"/> Debilidad de los músculos <i>Muscle weakness</i> | <input type="checkbox"/> _____ |

Name: _____
Employer: _____
MR#: _____ - _____ - _____
DOB: _____ / _____ / _____



Exceptional Medicine. Extraordinary Care.

MERCY OCCUPATIONAL HEALTH

www.MercyOccupationalHealth.org

Mercy Medical Plaza
540 E Jefferson Street, Suite 205
Iowa City, IA 52245
(319) 339-3921
Fax (319) 339-3858
Toll Free (800) 637-2942 x 3921

Muscatine Medical Center
2104 Cedarwood Drive, Suite 102
Muscatine, IA 52761
(563) 263-3921
Fax (563) 264-2525
Toll Free (877) 863-3921

La Lesión/el Incidente - Cuestionario de Historia Medica

Incident / Injury Health History Questionnaire

MEDICINAS: Liste todas las medicinas que ACTUALMENTE toma_

Table with 3 columns: El nombre de la Medicina, Dosis, Razón. Includes horizontal lines for data entry.

HISTORIA SOCIAL Y DE TRABAJO:

Para este trabajo es usted:

Tiempo repleto
Full Time

Medio Tiempo
Part Time

Temporal
Temporary

Fecha de inicio:
Start Date

Tipo de Trabajo/Posición Type of Job/Position:

Por favor liste en orden todos los trabajos, incluso el servicio militar. Esta información es utilizada para determinar el tipo de trabajo que usted ha hecho en el pasado. Work History

Table with 4 columns: Empezó Starting, Termino Ending, Empleador Employer, Deberes de trabajo Job duties. Includes horizontal lines for data entry.

¿Trabaja en otra parte además de este trabajo? Are you working elsewhere in addition to this job?

¿Tiene algún pasatiempo? Do you have any hobbies?

¿Es usted actualmente un fumador? Are you currently a smoker? Sí No

Circule si alguna vez a fumado. Circle if you have ever smoked: Cigarrillos Cigarettes Pipa Pipe Puro Cigar
Cajetilla de promedio/día Average packs/day. ¿Cuántos Años? How Many Years?

¿Se siente usted seguro(a) en su casa? Sí No Do you feel safe at home?

¿Si estuviera sufriendo maltratos o violencia en su casa, ¿sabría usted dónde conseguir ayuda? Sí No
If you were experiencing violence in your home, would you know where to go for help?

Certificó que he completado esta forma al mejor de mi conocimiento y entender.

I certify I have accurately completed this form to the best of my knowledge.

Firma de el paciente Fecha

COMENTARIO del PROVEEDOR: Provider Comment:

Date Time
Charles Buck, MD Tina Stec, MD Ted Koerner, MD Thomas Dean, PA-C

Name:
Employer:
MR#:
DOB: