

Querido Señor/Señora,

Después de esta página, usted encontrará nuestro formulario de admisión, llamado Cuestionario de Historia Personal.

Por favor tómese el tiempo necesario para completar todas las páginas cuidadosamente. Esta información contribuye a su Plan de Atención de Vida (Life Care Plan) o/y Evaluación Vocacional (Vocational Evaluation) y por esta razón, su atención a los detalles es muy importante. Estos reportes serán presentados en el tribunal si su caso va a juicio.

Tomen en cuenta al final de este documento abra una área en blanco por si necesitas espacio adicional para responder a cualquiera de las preguntas de este formulario. Por ejemplo, hay cuatro espacios para sus medicamentos. Si tomas más de cuatro, utilice el espacio al final de este formulario para agregar información del quinto y de otros medicamentos.

Este formulario **debe estar firmado incluyendo la fecha de hoy**. Si tienes preguntas sobre el formulario, estaremos encantados de ayudarte. No dude en ponerse en contacto con nuestra oficina por teléfono o correo electrónico.

Gracias,

Lizette Mendoza
Administradora

CUESTIONARIO DE HISTORIA PERSONAL

INFORMACIÓN IDENTIFICATIVA

Nombre		Género	
Fecha de nacimiento:		País de nacimiento	
Etnicidad		Año de inmigración	
Estado de la licencia		Lenguaje primario	
Teléfono móvil #		Otros idiomas	
La dirección actual			
Altura/Peso actual		Peso antes de la lesión	
Dirección de correo electrónico		Teléfono secundario	
Militar (rango/años)			
Fecha de lesión/tipo			

INFORMACIÓN FAMILIAR

Estado civil		Nombre del socio actual	
Nombre del cónyuge anterior		Nombre del cónyuge anterior	
El nombre del niño		Fecha de nacimiento del niño	
Otro nombre del padre		¿Vive contigo?	
El nombre del niño		Fecha de nacimiento del niño	
Otro nombre del padre		¿Vive contigo?	
El nombre del niño		Fecha de nacimiento del niño	
Otro nombre del padre		¿Vive contigo?	

INFORMACIÓN MÉDICA Y DE TRATAMIENTO

<p>Enumere cualquier problema o condición médica que sus médicos hayan diagnosticado como resultado de la lesión en cuestión.</p>
<p>Enumere cualquier accidente anterior o problema o condición médica preexistente que anteceda a la lesión en cuestión.</p>

Enumere sus médicos tratantes y evaluadores actuales relacionados con la lesión o condición médica en cuestión.

Nombre	Especialidad médica	Teléfono	Frecuencia del tratamiento

Enumere sus medicamentos recetados o de venta libre actuales relacionados con la lesión o afección en cuestión.

Nombre	Objetivo	Frecuencia tomada	Fortaleza
<i>Ej: oxicodona</i>	<i>Ej: dolor</i>	<i>2 pestañas, 2 veces al día</i>	<i>5-325 mg</i>

EJERCICIO Y SALUD

¿Hiciste ejercicio?		En caso afirmativo, ¿qué intensidad?	
¿Con qué frecuencia por semana?		¿Todavía haces ejercicio?	
¿Usas tabaco?		En caso afirmativo, ¿qué productos?	
¿Cuántos por día?		¿Por cuántos años?	
¿Año en que dejó de fumar (si corresponde)?			
¿Sexualmente activo?		¿Intentando quedar embarazada?	
¿Disfunción sexual?		En caso afirmativo, ¿de qué tipo?	
¿Utiliza bastón o andador?			
¿Utiliza algún aparato ortopédico o ortopédico, como una rodillera o un cinturón lumbar?			
Desde el accidente, ¿se ha caído en su casa o en la comunidad?			

INFORMACIÓN SOBRE LA SITUACIÓN DE VIDA

Enumere las personas que residen en su hogar, o cualquier persona que venga a ayudarlo en su hogar.

Nombre	Relación	Edad
<i>Ej: John Doe</i>	<i>Vecino/Amigo/Asistente de casa</i>	<i>30</i>

INFORMACIÓN EDUCATIVA (EN SU LUGAR, ENVIAR RESUMEN, SI CORRESPONDE)

¿Te graduaste de la escuela secundaria?	En caso afirmativo, ¿qué SA/año?	
Si no, ¿cuál es el último grado completado?	¿Obtuviste un GED?	
¿Cursos o clases especiales?		
¿Clases de inglés?		
Colega		
Colega	Titulación obtenida/Fecha	
Importante	Menor (si corresponde)	
# de semestres completados	Calificaciones (¿promedio?)	
Colega	Titulación obtenida/Fecha	
Importante	Menor (si corresponde)	
# de semestres completados	Calificaciones (¿promedio?)	
Colega	Titulación obtenida/Fecha	
Importante	Menor (si corresponde)	
# de semestres completados	Calificaciones (¿promedio?)	
Colega	Titulación obtenida/Fecha	
Importante	Menor (si corresponde)	
# de semestres completados	Calificaciones (¿promedio?)	

INFORMACIÓN DE EMPLEO (EN SU LUGAR, ENVIAR RESUMEN, SI CORRESPONDE)

Nombre del empleador		Ciudad/Estado del empleador	
Título profesional		Fecha de inicio/finalización	
Salario inicial		Salario final	
Responsabilidades			

Nombre del empleador		Ciudad/Estado del empleador	
Título profesional		Fecha de inicio/finalización	
Salario inicial		Salario final	
Responsabilidades			

Nombre del empleador		Ciudad/Estado del empleador	
Título profesional		Fecha de inicio/finalización	
Salario inicial		Salario final	
Responsabilidades			

Nombre del empleador		Ciudad/Estado del empleador	
Título profesional		Fecha de inicio/finalización	
Salario inicial		Salario final	
Responsabilidades			

Nombre del empleador		Ciudad/Estado del empleador	
Título profesional		Fecha de inicio/finalización	
Salario inicial		Salario final	
Responsabilidades			

Nombre del empleador		Ciudad/Estado del empleador	
Título profesional		Fecha de inicio/finalización	
Salario inicial		Salario final	
Responsabilidades			

ACTIVIDADES DEL HOGAR

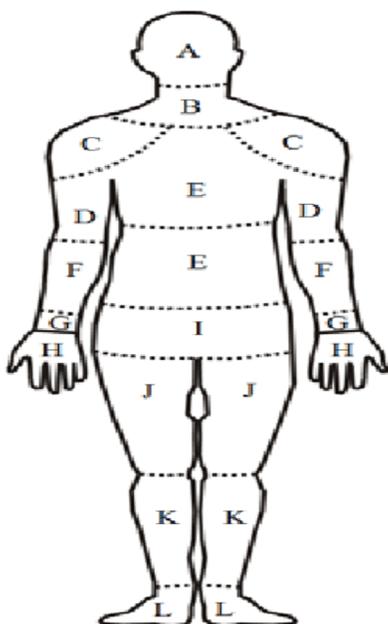
	Antes de lesionarme, lo hice de forma independiente			Ahora, yo....		
	En ocasiones	Con frecuencia	No hice esto	Todavía puedo hacer esto de forma independiente	Puedo hacer esto con dolor- menos a menudo	Necesito ayuda, no lo puedo hacer
Levantándose de la cama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentarse/pararse del baño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Higiene del baño (limpieza)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entrar/salir de la ducha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lavado del cuerpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vestirse (calcetines, zapatos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vestirse (pantalones, falda)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vestirse (destreza fina)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vestirse (parte superior del cuerpo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Preparar el desayuno/almuerzo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Preparando una cena completa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abrir frascos/contenedores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Usar las manos/el tenedor para alimentarme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Compras de comestibles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Descarga de comestibles del vehículo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Guardar la compra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hacer recados (banco, correo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quitar el polvo o limpiar las encimeras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lavavajillas de carga/descarga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barrer/aspirar/trapar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Limpieza de baño/bañera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sacando basura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lavado de ropa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cortar el césped (si corresponde)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rastrillar las hojas (si corresponde)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Palear nieve (si corresponde)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Limpieza de canalones (si corresponde)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conducir un vehículo (si corresponde)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuidado de niños (si corresponde)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Impedimentos

Por favor, describa cualquier impedimento en las siguientes categorías relacionadas con la lesión en cuestión

Actividades	Impedimentos	Respuesta
Levantar	Cuanto peso puedo recoger sin dolor?	
Hablar	El accidente afecto su poder de hablar?	
Escuchar	El accidente afecto su poder de escuchar?	
Sentar	Cuanto tiempo antes de cambiar de posición?	
Subir	Dificultad con las escaleras	
Equilibrio	Inestabilidad/uso de bastón?	
Inclinarse	Doloroso o difícil, problemas para levantarse?	
Conducir	Cuanto tiempo antes de tener que tomar un descanso?	
Sensación	Adormecer/hormigueo o debilidad?	
Alcanzar	Dificultad para alcanzar hacia Adelante o por encima?	
Vision	Vision doble o borrosa o puntos ciegos?	
Estar de pie	Cuanto tiempo antes de tomar un descanso?	
Caminar	Cuanto tiempo antes de tomar un descanso?	
Doblando	Doloroso o difícil, problemas para levantarse?	
Arrodillado	Doloroso o difícil, problemas para levantarse?	

Niveles de dolor



Area del cuerpo	
A	Dolores de cabeza y migrañas
B	Cuello
C	Hombros
D	Biceps
E	Parte superior e inferior de la espalda
F	Antebrazos
G	Muñeca
H	Manos
I	Trasero/genitales
J	Quadriceps
K	Pantorrillas/Canilla
L	Pies y tobillos

Descripcion

0 – **Sin dolor.**

1 - **Suave.** El dolor es muy leve, apenas perceptible. La mayoría de las veces no piensas en el dolor.

2 – **Dolor leve.** Molestia y puede tener ocasionalmente sensaciones de dolor punzante.

3 – **Incomodo.** El dolor es notable y distrae, sin embargo, puedes ajustarte a el.

4 – **Moderado.** El dolor se puede ignorar por un tiempo durante algunas actividades.

5 – **Distraerse.** Dolor de medio rango. No se puede ignorar durante mas de unos minutos con esfuerzo puedes trabajar o participar en algunas actividades.

INFORMACION ADICIONAL

Por favor, utilice esta area para anotar cualquier informacion que no este en este formulario o informacion adicional que no cupo o cualquier informacion que usted sientes que seria importante avisarnos sobre las lesiones asociada a el accidente en cuestion y limitaciones asociada.

Al escribir o firmar mi nombre a continuación, afirmo que toda la información proporcionada en las páginas anteriores de este documento es verdadera a mi leal saber y entender.

Si no soy la persona cuyo nombre e información legal aparecen en este formulario, mi nombre es _____ . Mi relación con el individuo es _____

Y afirmo que toda la información proporcionada a lo largo de este documento es verdadera a mi leal saber y entender.

Firma: _____

Fecha: _____