

PACIFIC MEDICAL CLINIC

1534 East Warner Avenue, Suite A
 Santa Ana, CA 92705
 (714) 557-5599
 Fax: (714) 557-5599

Date / Fecha: _____

Soc Sec Number: _____

Seguro Social

Complete Name: _____

Nombre

First

Primer Nombre

Last

Apellido

Middle

Segundo Nombre

Date of Birth: ____/____/____

Fecha De Nacimiento MM/DD/YYYY

Home Phone: (____) _____

Teléfono De Casa

Cell Phone: (____) _____

Teléfono Celular

Emergency Contact: _____ Phone Number: _____ Relationship to patient: _____

Contacto De Emergencia

Teléfono

Parentesco con la persona

Company: _____ Occupation: _____

Campania

Ocupación

Do You Speak English? Yes / No

¿Habla ingles?

If no, what language do you speak? _____

¿Si no, qué idioma habla?

Date of Injury or Onset of Symptoms: ____/____/____

Fecha de lesión o dolor

MM DD YYYY

Time of Injury: ____:____ AM/PM

Hora de lesión o accidente

Did this injury occur on the job? YES

¿La lesión o accidente ocurrió durante trabajo?

NO

List all body parts involved: _____

¿Qué partes del cuerpo se lastimo?

Circle area injured on figure

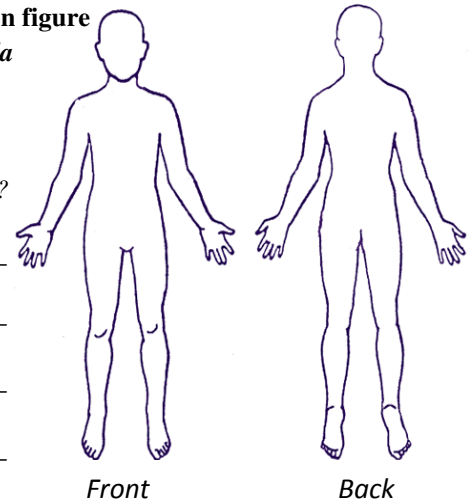
Circule área lastimada

Left side/ Lado Izquierdo

Right side/ Lado Derecho

What were you doing at the time of the injury and how did it happen?

¿Qué trabajo estaba haciendo al tiempo que se lastimo y cómo ocurrió la lesión o accidente?



Any prior similar injury? Yes/No

If yes, please explain and include the date _____

¿Ha tenido una lastimadura similar? Si/No (Si marca si explique por favor e incluya la fecha de lastimadura)

Have you ever been treated at this clinic before? Yes

¿Ha venido usted a esta clínica para tratamiento antes?

No

Signature/ Firma: _____