

Please complete the following information. (Por favor, complete la siguiente información)

Employer (Patrón): _____ Date: 10/08/12 SSN: _____
 First Name (Nombre): _____ Middle Initial (Inicial): _____ Last Name (Apellido): Prals
 Address (Dirección): _____ City (Ciudad): Sanleandro State (Estado): CA Zip (C. Postal): 94577
 Telephone Numbers (Teléfonos) Home: (Casa): _____ Work (Trabajo): _____ Cell (Celular): _____
 Best number to reach you (Mejor número para llamarle): Home: (Casa) Work (Trabajo) Cell (Celular) Email: _____
 Date of Birth (Fecha de Nacimiento): _____ Sex (Sexo): M Marital Status (Estado Civil): _____
 Date of Injury (Fecha de lesión): 10/7/12 Time (Hora): 3:00 pm Last day worked (Último día que trabajó): Friday
 Occupation (Ocupación): Receiver Address where injury occurred (Dirección donde ocurrió la lesión): _____
 Was your problem caused by something that happened at work? (¿Fue su problema causado por algo sucedido en su trabajo?) Yes (Si) No
 Injury was reported to (La lesión fue reportada a): Manager Date (Fecha): 10/7/12 Time (Hora): _____
 Has U.S. HealthWorks ever treated you before? (Alguna vez ha sido tratado en U.S. HealthWorks?): _____ When? (Cuándo?): _____
 In case of emergency call: (En caso de emergencia llamar a): _____ Tel: _____

Please describe how your present injury/illness occurred. (Por favor describa cómo ocurrió su actual lesión o enfermedad.)

Long time Expose to Propane

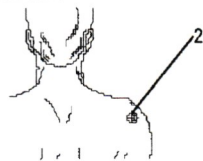
PLEASE COMPLETE THE FOLLOWING DIAGRAM (Por favor complete el diagrama a continuación.)

If you feel any of the symptoms below, mark the areas of the body where you feel them on the figures below and indicate the type of symptom.
 (Si siente alguno de los síntomas listados a continuación, marque la zona del cuerpo en donde los siente en las figuras e indique el tipo de sintoma.)

Symptoms (Síntomas)

Example (Ejemplo)

1. Pain (Dolor)
2. Numbness (Adormecimiento)
3. Burning (Quemazón)
4. Pins/Needles (Pinchazos)

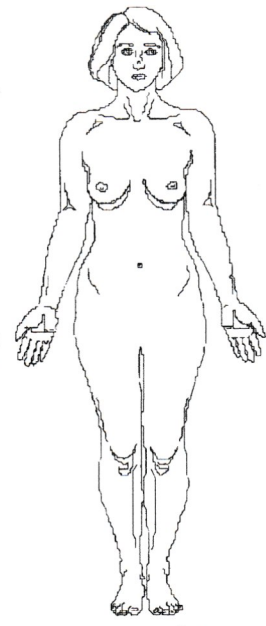
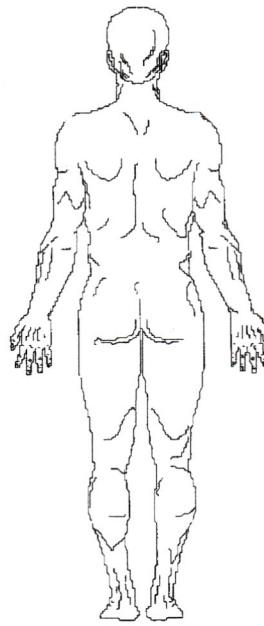
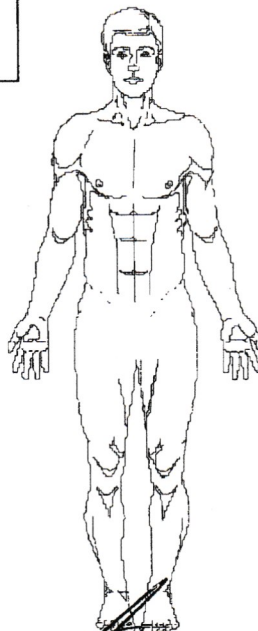
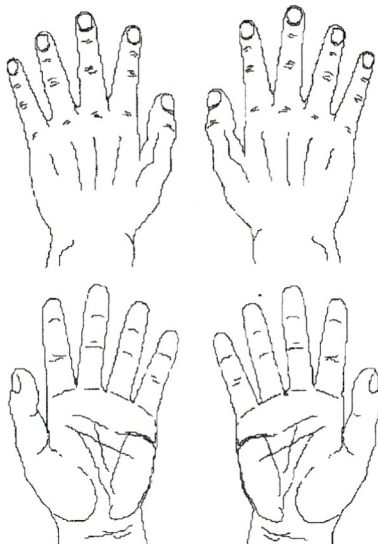


Rate the intensity of your pain:
Indique la intensidad de su dolor:

NO PAIN
SIN DOLOR

MOST PAIN
DOLOR INTENSO

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Patient Signature (Firma del Paciente) _____

Date (Fecha) 10/8/12

191458