

**Austin Total Healthcare**  
**4320 James Casey**  
**Austin, TX 78745**  
**Ph: 512-447-9675 fax: 512-428-9675**

Date: \_\_\_\_\_  
 (Fecha): \_\_\_\_\_

Date of Injury: \_\_\_\_\_  
 (Fecha de lastimado): \_\_\_\_\_

**Patient Information (Informacion de Paciente)**

Name: (Nombre):		
Address: (Direccion):		City: Zip Code:
Home Phone: (Tel.de Casa):	Work Phone: (Tel.de Trabajo):	Cell Phone: (Tel. Cell):
DOB: (Fecha de nacimiento):	Social Security: (Seguro Social):	Driver's license #: (# de licencia):
Age: (Edad):		
Gender: Male Female (Sexo): Hombre Mujer	Circle one: Married Single Divorced Separated Other (Circule uno): Casado(a) Soltero(a) Divorciado(a) Separado(a) Otro	

**Car Insurance**

Do you have PIP (Personal Injury Protection)? (Tiene Beneficios de Proteccion de Daños Personales)?	Yes Si	No No
--	-----------	----------

**Insurance Information (Informacion de Aseguranza)**

Name of Insurance: (Nombre De Aseguranza):	Policy Number: (Numero de Poliza):
Phone Number: (Numero de Telefono):	Claims Adress: (Dirreccion de Aseguranza):

**Employment Information ( Informacion de Empleo)**

Name of Company: (Nombre De Compania):	Name of Supervisor (Nombre de Supervisor):
Work Phone: (Numero de Trabajo):	Address (Direccion):

(English)

**PLEASE READ CAREFULLY AND SIGN**

**AUTHORIZATION TO RELEASE INFORMATION AND PAY BENEFITS TO AUSTIN TOTAL HEALTHCARE.** I hereby authorize Austin Total HealthCare to release any information required in the course of my examination and or treatment and I herby authorize payment directly to Austin Total Healthcare, for physical ands medical benefits, if any, otherwise payable to me for services not to exceed the reasonable and customary charges for those services.

(Spanish)

**PORFAVOR LEA Y FIRME**

**AUTORIZACION PARA PAGAR BENEFICIOS A AUSTIN TOTAL HEALTHCARE Y AUTHORIZAR PARA DAR INFORMACION DEL PACIENTE:** Yo, por este medio autorizo a Austin Total Healthcare que traspasen cualquier informacion necesaria a mi compania de seguro y a sus representantes para obtener pago de mis beneficios. Yo tambien, autorizo y pido que mi compania de seguro pague directamente al medico la cantidad debida por los servicios dados. Yo certifico que la informacion arriba es correcta a la major de mi conocimiento.

\_\_\_\_\_  
**Signature of insured (Parent if Minor)**  
Firma de Asegurado(Guardian si es menor)

\_\_\_\_\_  
**Date**  
Fecha



**Fill the below ONLY for children (Llene SOLO para niños)**

(English)

**CONSENT TO TREATMENT OF MINOR CHILD**

I hereby authorize Dr. Rothwell and whomever he/she may designate as assistants to administer treatment as deemed necessary to \_\_\_\_\_.

Relationship to child: \_\_\_\_\_

(Spanish)

**CONOCIMIENTO DE PADRES PARA HIJOS MENORES**

Yo, \_\_\_\_\_ por este medio autorizo a Dr. Rothwell  
Nombre de padre( madre) o guardian

A ver a \_\_\_\_\_.



\_\_\_\_\_  
**Signature of parent or guardian**  
(Firma de padre (madre) o guardian)

\_\_\_\_\_  
**Date**  
(Fecha)

Relacion del menor: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Witnessed

**Please indicate where your pain is:**  
(Porfavor indique donde tiene dolor)



Circle the intensity of Pain( Circule la Intensidad de Dolor)

**No Pain(No Dolor)**

**Extreme Pain(Dolor Extremo)**

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

**Please describe the accident( Porfavor describe el accidente)**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

1. When was the first time you felt this? \_\_\_\_\_  
1. Cuando fue la primera vez que sintio esto? \_\_\_\_\_

2. When is the pain worst? (A.M. or P.M.)  
2. Aque hora es el dolor mas fuerte? (A..M. o P.M.)

3. How often is the pain? \_\_\_\_\_

3. Que tan frecuente es el dolor? \_\_\_\_\_

4. When and what causes the pain? \_\_\_\_\_

4. Cuando y que le causa mas dolor? \_\_\_\_\_

5. Did you fracture any parts of body? Yes No Where? \_\_\_\_\_

5. Tuvo fracturas en sus huesos? Si No Donde? \_\_\_\_\_

6. Have you previosly seen any doctors, clinics, hospitals, or emergency rooms for your present problems?

Where: \_\_\_\_\_

6. Ha visto a otros medicos, clicas, hospitales, o emergencia, por sus problemas presentes?

Donde: \_\_\_\_\_

7. Do you take any mediactions/drugs?

Asprin (Bayer Excerin) Tylenol Aleve (Naproxin Sodium) Ibuprofen (Advil, Medipren, Motrin)

Others \_\_\_\_\_

7. Consume usted algun tipo de medicina/drogas?

Aspirina (Bayer Excerin) Tylenol Aleve (Naproxin Sodium) Ibuprofen (Advil, Medipren, Motrin)

Otros \_\_\_\_\_

8. Pregnant? Yes No

8. Embarazada? Si N

**Check off for any conditions or symptoms  
you may have (Circule sintomas que tenga):**

- Headache/Dolor de Cabeza**
- Chest pain/Dolor de pecho**
- Nauseous/Nausias**
- Lightheaded/Siente la cabeza pesada**
- Fainting/Desmayos**
- Pain in eyes due to light/Dolor en los ojos por la luz**
- Numbness in hands or fingers/ Se le adormecen las  
manos o los dedos**
- Cold hands/ Manos frias**
- Face feels hot/siente la cara caliente**
- Memory Loss/Perdida de Memoria**
- Nervous/Nervioso(a)**
- Depression/Deprecion**
- Loss of smell/ Perdida de olor**
- Loss of taste/Perdida de sabor**
- Loss of Appetite/Perdida de Apetito**
- Breathing Problems/Problemas de Respiracion**
- Sleeping Problems/Problemas Durmiendo**
- ringing in ears/ Zumbido en oidos**
- Loss of Balance/Perdida de Balance**
- Diahrea/Diarrea**
- Constipation/ Constipacion**
- Have Ulcers? Tiene Ulceras**
- Leg (feet) Numbness/Piernas(pies) Adormecidos**
- Ankle Numbness/Adormecion de Tobillo**
- Swollen Ankles/Hinchazon de Tobillo**
- Cold Legs feet)/Piernas(pies) frios**
- Irritation/Irritacion**
- Cold Sweat/ Sudor Frio**
- Coughing Blood/Tociendo sangre**
- Weakness/ Debil**

**Surgical History (Historia Cirujica)**

- Abdominal Surgery/ Operacion  
Adominal**
- Back or Neck Surgery/ Operacion en  
espalda o cuello**
- Breast Surgery/ Operacion en pecho**
- Ear, nose or throat surgery/  
Operacion en nariz, orejas o en garganta**
- Gallbladder surgery/ Operacion en  
Bejiga**
- Heart Surgery/ Operacion de Corazon**
- Hemorroid Surgery/ Cirujia de  
Hemorajias**
- Hernia Surgery/ Operacion de Hernia**
- Hysterectomy/Historemia**
- Lung Surgery/Operacion de Pulmon**
- Ovarian cyst Surgery/Operacion de  
Cyste en Ovario**
- Stomach Surgery/Operacion de  
estomago**
- Thyroid Surgery/ Operacion de  
Tiroides**
- Tonlectomy/Tonlectomy**
- Tubal Ligation/ILigation Tubal**
- Varicose vein Surgery/ Opearcion  
Venas varicos**
- Vasectomy/Vasetomia**
- Reconstructive Surgery/Opearcion  
Reconstructiva**
- Skin graphs/ Graphicos de la Piel**