

Gurmu OccMed Services

500 Greenfield Ave
Hanford, Ca, 93230
T: 559-587-5587; F:559-587-5557

2500 W. Florence Ave
Los Angeles, Ca, 90043
T:323-750-2083; F: 323-753-3435

History of Incident

1. WHEN and How did the present problem begin? Please provide details. _____

2. Have you seen anyone for this condition? Yes No

If so, what was done? (Medications, x-rays, physical therapy, etc.) _____

3. Since the incident: (please check)

Is your condition: Stable Worse Better
Are your symptoms: Constant Periodic Occasional

4. On average, how long does your pain last? _____

5. What makes the condition Worse? _____

6. What makes the condition Better? _____

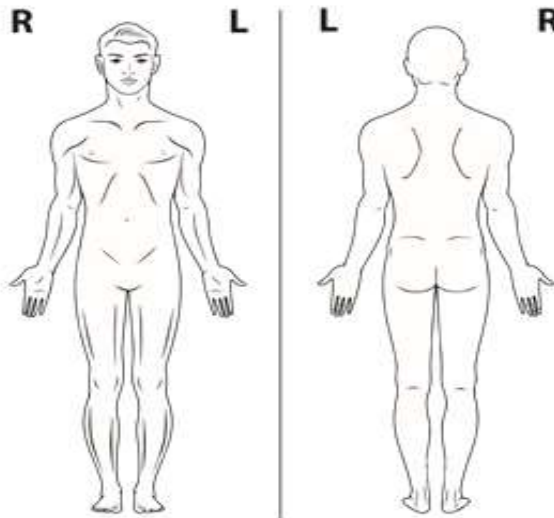
7. Dose a period of rest of activity influence your condition? Please specify. _____

8. During the day does your condition change? (Please check) Worse Better Same

9. Please indicate pain location on diagram provided.

10. What does you pain feel like? (Check as many as you wish.)

- | | | |
|--|---------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Burning | <input type="checkbox"/> Numbing | <input type="checkbox"/> Stabbing |
| <input type="checkbox"/> Twisting | <input type="checkbox"/> Pressure | <input type="checkbox"/> Shooting |
| <input type="checkbox"/> Stinging | <input type="checkbox"/> Smarting | <input type="checkbox"/> Aching |
| <input type="checkbox"/> Throbbing | <input type="checkbox"/> Dull | <input type="checkbox"/> Cutting |
| <input type="checkbox"/> Cramping | <input type="checkbox"/> Vague | <input type="checkbox"/> Pulling |
| <input type="checkbox"/> Squeezing | <input type="checkbox"/> Coldness | <input type="checkbox"/> Tingling |
| <input type="checkbox"/> Indescribable | <input type="checkbox"/> Other: _____ | |



Previous History

1. Describe any previous injuries or medical conditions. _____

2. Are you presently under treatment for any non-work related problems? Yes No

If yes, please describe: _____

3. Are you taking any medications? Yes No

If yes, please list: _____

4. Do you have any allergies? Yes No

If yes, please list: _____

Gurmu OccMed Services

500 Greenfield Ave
Hanford, Ca, 93230
T: 559-587-5587; F: 559-587-5557

2500 W. Florence Ave
Los Angeles, Ca, 90043
T: 323-750-2083; F: 323-753-3435

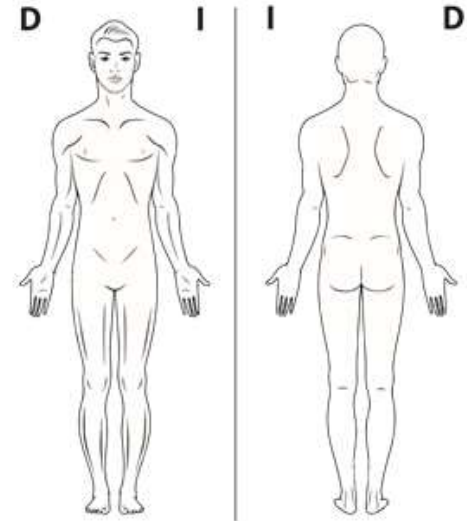
Antecedente Del Incidente

- ¿Cuándo y cómo comenzó el problema actual? Proporcione detalles. _____

- ¿Ha consultado a alguien por esto? Sí No
Si es así, ¿qué se hizo? (Medicamentos, radiografías, fisioterapia, etc.) _____

- Desde el incidente: (marque la opción que corresponda)
¿Su condición es: Estable Peor Mejor
Sus síntomas son: Constante Periódicos Ocasiónales
- En promedio, ¿cuánto dura tu dolor? _____
- ¿Qué hace que la condición EMPEORE? _____
- ¿Qué hace que la condición MEJORE? _____
- ¿Un período de descanso o actividad influye en su condición? Por favor, especifique. _____

- ¿Se modifica su condición durante el día? (Por favor, marque) Peor Mejor Igual
- Indique los lugares donde se localiza el dolor en el diagrama proporcionado.
- ¿Cómo se siente su dolor? (Marque todas las opciones que quiera)
 Ardor Insensibilidad Punzante
 Retorcimiento Presión Desgarrador
 Picadura Picazon Intenso
 Palpitante Sordo Cortante
 Calambre Vago Deslizante
 Opresion Frio Hormigueo
 Indescriptible Otro: _____



Historia anterior

- Describa cualquier lesión o afección médica anterior. _____

- ¿Está actualmente bajo tratamiento por cualquier problema no relacionado con el trabajo? Si No
Si respondió Si, por favor describalo: _____

- ¿Estás tomando algún medicamento? Si No
Si respondió Si, por favor mencionela : _____
- ¿Tienes alguna alergia? Si No
- Si respondió Si, por favor mencionela : _____