

NWC CLIENT DATA SHEET

I. PERSONAL INFORMATION (INFORMACION PERSONAL) :

Mr./Ms. (*Nombre*) _____

Present Address: (*Direccion*) _____

City (*Ciudad*) _____ State (*Estado*) _____ Zip (*Codigo Postal*) _____

Home Phone (*Teléfono*): (_____) _____

Alternate Phone: (*Segundo Teléfono, cell*) (_____) _____

Alternate Phone: (*Tercer Teléfono*) (_____) _____

Another address you stay: (*Otra direccion donde vive?*) _____

E-Mail address (*direccion de correo electronico*) _____

Date of Accident (*Fecha de accidente*): _____ / _____ / _____

Date of Birth (*Fecha de Nacimiento*): _____ / _____ / _____

Social Security No (*Numero de Seguro Social*): _____ / _____ / _____

Place of Birth (*Lugar de Nacimiento*): _____

Drivers License No (*Numero de licencia de manejar*): _____

Sex (*Sexo*): Male / Female – *Mujer / Hombre* Marital Status (*Soltero/Casado/Divorciado*): _____

Is there anyone that you want to give authorization to speak about you case? (Example: Husband, Daughter, Sister)
(*Hay alguna persona que nos permite abler acerca de su caso? (Ejemplo: Esposo/a, Hijo/a, Hermano/a)*)

Name (*Nombre*): _____ Relation (*Relacion*): _____

Client Signature (*Firma de el Cliente*): _____

Relative/Friend at different address who can always get in touch with you:
(*Pariente/ Amigo/a con direccion diferente que siempre se puede comunicar con usted*):

Mr. / Ms. (*Nombre*) _____ Phone (*Teléfono*) (_____) _____

Relation / Friend (*Relacion, Amigo o Pariente*) _____

Address (*Direccion*): _____

III. **EMPLOYER INFORMATION --- (INFORMACION DE SU COMPANIA TE TRABAJO)**

A. Employer at Date of Injury (Nombre de Compania quando se lastimo) : _____
Address (Direccion : _____ City _____ State _____ Zip _____
Phone (Teléfono): (_____) Fax _____
Occupation at time of injury (Pocision): _____
Date of Hire (Fecha que comenzo el trabajo): _____
First date you missed work (Primer dia que falto al trabajo por su lesion) : _____
Have you been fired? (A sido despedido Yes (si) No
Pay rate (Salario): \$ _____ per hr _____ hours per day (horas por dia) _____ days per week (días por semana)
Overtime pay rate (Salario de tiempo y medio): \$ _____

V. **INSURANCE INFORMATION (INFORMACION DE ASEGURANZA)**

A. **EMPLOYER INSURANCE INFORMATION (seguro de su Compania de Trabajo)**

Insurance company name (Nombre de seguro) : _____
Address (Direccion : _____ City _____ State _____ Zip _____
Phone (Teléfono): (_____) Fax _____
Adjuster (Ajustador/a): Mr. / Ms. _____
Claim No (Numero de reclamo) : _____ DWC No (Numero de DWC) : _____
Field Office: Dallas -- Ft.Worth – Denton – Tyler -- _____
Have you given any statement? (A dado declaracion?) Yes (Si) / No
Recorded? (Grabado) Yes (Si) / No To Whom? (A quien?) _____
Controverted? (Controvertido) Yes (Si) / No Reason (Razon): _____
Have you quit your Job? _____ Have you been fired _____
Location of accident (Lugar de el accidente): _____
Time of accident (Hora de el accidente): _____ AM or PM

C. Witnesses (Testigos):

1. Mr. / Ms (Nombre) _____ Phone (Teléfono) (_____) _____
Address (Direccion) : _____

2. Mr. / Ms (Nombre) _____ Phone (Teléfono) (_____) _____
Address (Direccion) : _____

D. Notice of Claim or Injury (Noticia de su reclamo o lesion):

1. **Employer First Report of Injury or Illness (DWC-01)** _____

Compania Primer Reporte de Lesion (DWC-01) _____

2. Police Report (Reporte de Policia): Yes (Si) No

City (Ciudad): _____ Report No (Numero de Reporte): _____

3. Were there any statements made at the time of the incident?(Hizo usted una declaracion al tiempo de el accidente?) Yes (Si) No

By Whom? (A Quien?) _____ What was said (Que dijo?): _____

E. **NETWORK.** Have you been notified by your employer that you must see network doctors?
(Su compania de trabajo le a dado noticia que usted debe atenderse con su red de doctores?)

Yes (Si) / No If so, when? (Si si Cuando?) _____

How? (Como): Letter (Carta) Meeting (Junta) Other (Otro) _____

Have you received a network doctor list? (A usted recibido una lista de doctores en su red?) Yes (Si) / No

II. **ACCIDENT INFORMATION (INFORMACION DE EL ACCIDENTE)**

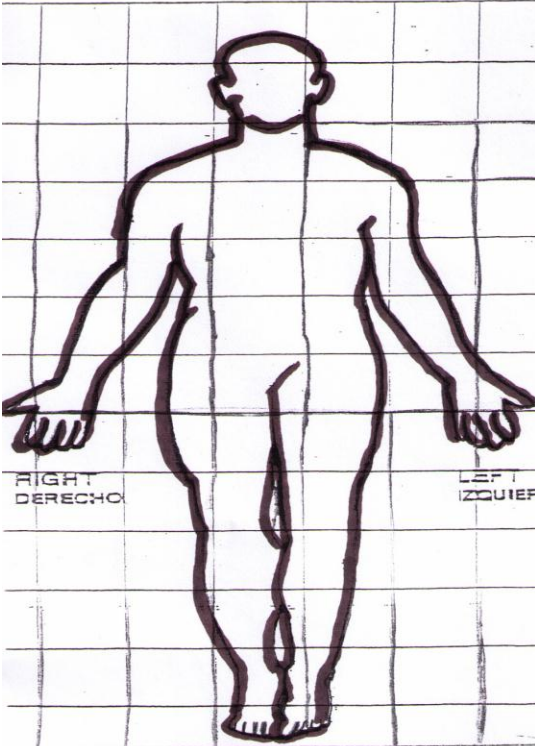
A. Describe how the accident happened (Describa como ocurrio el accidente) : _____

Has any doctor returned you to work at any capacity? If so, who and when? Lo ha regresado cualquier médico a trabajar en cualquier capacidad? En caso afirmativo, quién y cuándo?

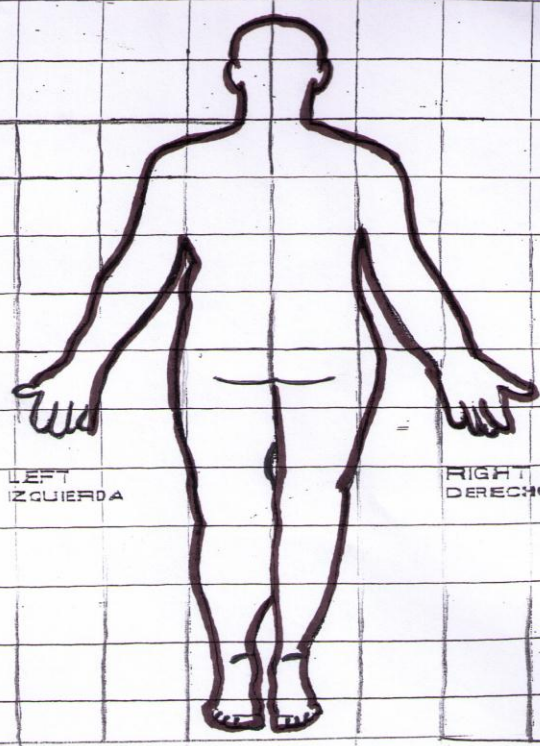
In the pain drawing below, mark all of the body parts that hurt when you got injured, even if they are better now.
 (En el dibujo de dolor abajo, marquee todas las partes de su cuerpo que le dolian cuando se lastimo, aun si estan mejor hoy.)

Pain (dolor)	Burning (ardor)	Numb (adormecimiento)	Tingeling (hormigueo)	Dull Pain (Dolor sordo)	Other (Otro dolor)
AAAA	====	0 0 0 0	/////	x x x x x

FRONT
(DE FRENTE)



BACK
(DE ESPALDA)



RIGHT
DERECHO

LEFT
IZQUIERDA

LEFT
IZQUIERDA

RIGHT
DERECHO

0		1		2		3		4		5		6		7		8		9		10	
No Pain		Mild Pain		Moderate		Severe Pain		Very Severe Pain		Worst Possible Pain											
Sin dolor		Poco Dolor		Dolor Moderado		Dolor Severo		Dolor Muy Severo		Peor Dolor Posible											

Words to describe what you feel [Palabras para describir lo que siente]

Sharp	Dolor fuerte	Shooting	dolor que corre de un lado para otro
Dull	Dolor sordo	Pins & needles	piquitez como alfileres y agujas
Soreness	dolorido	Aching	dolor ligero, como molestia
Tight	apretado	Tingling	Cosquillelo
Knot-like	Sensacion como nudos	Pinching	Pelizando
Deep	dolor profundo	Tender	dolor sensible al tocar
Cutting	Cortando	Electric Like	Sensacion electrica
Burning	Quemando	Prickling	Sensacion de piquetes
Pressing	Pressionando	Crushing	Sensacion como quebrando
Stretching	Estirandose	Weakness	debilidad
Pounding	Palpetidos Fuertes	Stiffness	Rigidez
Throbbing	Palpetidos medianos	Numbness	Adormezido
Pulsing	Palpetidos ligeros	Stabbing	Punzadas Fuertes
Pulsing	Punsando	Swelling	Inflamacion, inchado
Crampy	Acalambrado	Spasms	Calambres

IV. **MEDICAL TREATMENT (TRATAMIENTO MEDICO)**

1. Did you go to the HOSPITAL emergency room? (*Fue al HOSPITAL de emergencia?*) Yes / No Si / No

Name (*Nombre*) _____

Address (*Direccion*) : _____ City _____ State _____ Zip _____

Phone (*Teléfono*): (_____) _____ Fax _____

Date seen (*Fecha*): _____

By ambulance (*Por ambulancia*): Yes / No Si / No Which service (*Que servicio*): _____

X-rays taken (*Rayos X*): Yes / No Si / No Lab work done (*Analysis*): Yes / No Si / No

Where you taken off work (*Lo sacaron del trabajo?*): Yes / No. Si / No

How long? (*Por quanto tiempo*) _____

2. List each **HOSPITAL which treated client** (*Lista de HOSPITALES que le a dado tratamiento*):

(A) **Name (Nombre)** _____

Address (*Direccion*) : _____ City _____ State _____ Zip _____

Phone (*Teléfono*): (_____) _____ Fax _____

Dates seen (*Fecha/s de visita*) : _____

Who referred you there (*Quien lo mando ahi*): _____

For what (*Para que?*) : _____

(B) **Name (Nombre)** _____

Address (*Direccion*) : _____ City _____ State _____ Zip _____

Phone (*Teléfono*): (_____) _____ Fax _____

Dates seen (*Fecha/s de visita*) : _____

Who referred you there (*Quien lo mando ahi*): _____

For what (*Para que?*) : _____

(C) **Name (Nombre)** _____

Address (*Direccion*) : _____ City _____ State _____ Zip _____

Phone (*Teléfono*): (_____) _____ **Fax** _____

Dates seen (*Fecha/s de visita*) : _____

Who referred you there (*Quien lo mando ahi*): _____

For what (*Para que?*) : _____

3. **List every Doctor who has treated client (*Lista de todos los Doctores que lo an atendido*)**

(A) **Doctor's Name (*Nombre de doctor*):** _____

Address (*Direccion*): _____ City _____ State _____ Zip _____

Phone (*Teléfono*): (_____) _____ Fax _____

Dates seen (*Fecha/s de visita*): _____

Who referred you there (*Quien lo mando ahi*) _____ For what (*Para que?*): _____

(B) **Doctor's Name (*Nombre de doctor*):** _____

Address (*Direccion*): _____ City _____ State _____ Zip _____

Phone (*Teléfono*): (_____) _____ Fax _____

Dates seen (*Fecha/s de visita*): _____

Who referred you there (*Quien lo mando ahi*) _____ For what (*Para que?*): _____

(C) **Doctor's Name (*Nombre de doctor*):** _____

Address (*Direccion*): _____ City _____ State _____ Zip _____

Phone (*Teléfono*): (_____) _____ Fax _____

Dates seen (*Fecha/s de visita*): _____

Who referred you there (*Quien lo mando ahi*) _____ For what (*Para que?*): _____

(D) **Doctor's Name (*Nombre de doctor*):** _____

Address (*Direccion*): _____ City _____ State _____ Zip _____

Phone (*Teléfono*): (_____) _____ Fax _____

Dates seen (*Fecha/s de visita*): _____

Who referred you there (*Quien lo mando ahi*) _____ For what (*Para que?*): _____

(E) **Doctor's Name (*Nombre de doctor*):** _____

Address (*Direccion*): _____ City _____ State _____ Zip _____

Phone (*Teléfono*): (_____) _____ Fax _____

Dates seen (*Fecha/s de visita*): _____

Who referred you there (*Quien lo mando ahi*) _____ For what (*Para que?*): _____

(F) **Doctor's Name (Nombre de doctor):** _____

Address (Direccion : _____ City _____ State _____ Zip _____

Phone (Teléfono): (_____) _____ Fax _____

Dates seen (Fecha/s de visita : _____

Who referred you there (Quien lo mando ahi) _____ For what (Para que? : _____

(G) **Doctor's Name (Nombre de doctor):** _____

Address (Direccion : _____ City _____ State _____ Zip _____

Phone (Teléfono): (_____) _____ Fax _____

Dates seen (Fecha/s de visita : _____

Who referred you there (Quien lo mando ahi) _____ For what (Para que? : _____

(H) **Doctor's Name (Nombre de doctor):** _____

Address (Direccion : _____ City _____ State _____ Zip _____

Phone (Teléfono): (_____) _____ Fax _____

Dates seen (Fecha/s de visita : _____

Who referred you there (Quien lo mando ahi) _____ For what (Para que? : _____

List all Medication [that you are taking at this time due to the injury, include over the counter]

Indique todo la medician que esta tomando inculuyia toda medicina con y sin receta)

1 _____ 4 _____

2 _____ 5 _____

3 _____ 6 _____

Problems: [that you have now as a result your injured body parts] Problemas: [que tiene horita por el resultado de su lesión]]

Self Care [cuidado personal]

- o I have problems bathing.[Yo tengo problemas banadome]
- o I have problems coming my hair [yo tengo problemas peinando myi cabello]
- o I have problems shaving [Yo tengo problemas rezurandome]
- o I have problems getting dressed [yo tengo problemas vistiendome]
- o I have problems eating [Yo tengo problemas comiendo]
- o I have problems eliminating [Yo tengo problemas al ir al banal]
- o I have problems cooking for myself and my family [Yo tengo problemas cocinando para mi O mi familia]

Sensory / Communication [Sentidos y Comunicacion]

- o I have problems seeing [Yo tengo problemas mirando]
- o I have problems hearing [Yo tengo problemas oyendo]
- o I have problems smelling [Yo tengo problemas oliendo]
- o I have problems tasting [Yo tengo problemas provando alimentos]
- o I have problems writing [Yo tengo problemas escribiendo]
- o I have problems touching [Yo tengo problemas tocando]

Hand Functions: [Movimientos de manos]

- o I have problems grasping objects [Yo tengo problemas pescando objetos]
- o I have problems holding objects [Yo tengo problemas sosteniendo objetos]
- o I have problems pinching [Yo tengo problemas pelliscando]
- o I have problems making percussive movements [Yo tengo problemas moviendo mis manos y dedos rapido]
- o Objects fall from my hands [Las cosas se me caen de la mana]

Physical Activity: [Actividades fisicas]

- o have problems standing up from a chair or the bed [Yo tengo problemas parandome de una silla O cama]
- o have problems if I stand for more than ___ hours/minutes. [vo tengo problemas estando parado por mas de ___ horas/minutos.
- o have problems lifting objects. [Yo tengo problemas levantando objetos]
- o have problems kneeling [Yo tengo problemas arrodillandome]
- o have problems overhead reaching [Yo tengo problemas alcanzando cozas arriba de mi caveza]
- o have problems bending at the waist [Yo tengo problemas doblando a la cadera]
- o have problems twisting [Yo tengo problemas torciendo]
- o have problems carrying [Yo tengo problemas cargando O alzando objetos]
- o have problems sitting down [Yo tengo problemas estando sentado]
- o have problems pushing [Yo tengo problemas empujando un objeto]
- o have problems climbing stairs. [Yo tengo problemas subiendo escaleras]
- o have problems stooping [Yo tengo problemas poniendome en culquillas o agachandome]
- o have problems exercising [Yo tengo problemas hacienda ejercicio]
- o have problems participating in the desired sexual activity [Yo tengo problemas participando en actividades sexuales]

Travel: [Viajando]

- o I have problems riding on a car for long periods of time [Yo tengo problemas viajando en automovil por largos periodos de tiempo]
- o I have problems driving a car. [Yo tengo problemas para manejar automovil]

Daily Living: [Vida diaria]

- o I have problems washing dishes. [Yo tengo problemas lavando los trastes]
- o I have problems washing clothes. [Yo tengo problemas lavando mi ropa]
- o I have problems taking out the trash [Yo tengo problemas sacando la basura]
- o I have problems cleaning my house, brooming and mopping [Yo tengo problemas limpiando ,barriendo O trapiando mi casa.]

	YES / (SI)	NO
Are you off work by a doctor? (A dicho su doctor que no puede trabajar?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
If so, by what doctor? (Si su respuesta es "SI", qual es el nombre de el doctor) _____		
Are you currently receiving checks from the worker's comp. insurance company? (Esta recibiendo cheques de la compania de aseguranza?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
If not, do you know why? (Si su respuesta es no, sabe usted porque?) _____		
Are you receiving wages from your employer? (Esta usted recibiendo sueldo de su compania)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Do you need help finding a treating doctor?(Necessita ayuda encontrando un doctor principal?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Have you been terminated, laid off, released? (A sido despedido?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VI. PRIOR HISTORY (INFORMACION PREVIA)

A. Attorneys (Abogado/a)

1. Name (Nombre) Mr. / Ms. _____

Address (Direccion) : _____ Phone: _____ Fax: _____

Date Retained (Fecha de contrato): ____/____/____ Date Discharged (Fecha de despido): ____/____/____

2. Name (Nombre) Mr. / Ms. _____

Address (Direccion) : _____ Phone: _____ Fax: _____

Date Retained (Fecha de contrato): ____/____/____ Date Discharged (Fecha de despido): ____/____/____

B. All prior accidents, injuries, or claims (Accidentes, lesiones, o reclamos previos?):

	Date (Fecha)	Type (Clase)	Injury (Lesion)	Settled? (Terminado)
1.	_____	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____	_____

C. Income Tax Returns (Taxas)

Have you filed Income Tax Returns for all the past five (5) years? (A usted declarado sus taxas de ingreso los pasado 5 anos?)

YES (SI) / NO -- Last filed (Ultimo declarado): _____

D. Arrests (Arrestos)

List all arrests, even if no conviction: (Indique todos arrestos, aun si no ubo condena)

	Date (Fecha)	Where (Lugar)	For What (Rason)
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____