

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL DEL PACIENTE

SI NECESITA AYUDA PARA LLENAR ESTE FORMULARIO, POR FAVOR HABLE CON LA RECEPCIONISTA

INFORMACION DEL PACIENTE

FECHA: _____

Nombre: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono celular: _____ Telefono alternativo : _____ Correo electrónico: _____

Seguro Social No. _____ Edad: _____ Masculino Femenino

Casado Single Divorced Separado Otro _____ Número de niños _____

Su ocupación _____ Su empleador: _____

Tiempo complete Tiempo parcial Retirado Estudiante Hacedor de Casa Discapacitado Desempleado

Nombre de contacto de emergencia: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Referido a esta oficina por: Amigo(a) Nombre? _____

T.V/Commercial. Medios de comunicacion social Internet Otro _____

Nombre de Seguridad _____ Miembro # _____ Grupo # _____

Nombre del Asegurado: _____ Empleador del Asegurado: _____

Seguro Social del Asegurado: _____ Fecha de Nacimiento del Asegurado: _____

Esta cubierto por mas de una compañía de seguros? Si No

En caso afirmativo:

Nombre de Seguridad _____ Miembro # _____ Grupo # _____

La razón de su visita: Auto / Ciclo Accidente Caída Deportes en Injuria Lesión en el hogar

Dolor Otro _____ (describa)

¿Ha estado o está siendo tratado por un médico por alguna condición de salud?

Si No Describe la condición _____

Fecha del último examen físico _____

¿Existen condiciones o enfermedades pasadas que debamos conocer? Sí No

1. _____ Fecha: _____

2. _____ Fecha: _____

por alguna enfermedad grave? Sí No

(como el cáncer, la diabetes, la hipertensión, etc.)

1. _____ Relación: _____

2. _____ Relación: _____

HISTORIA QUIRÚRGICA:

1. _____ Fecha: _____

2. _____ Fecha: _____

¿Tienes un implante de metal? Sí No ¿Te han disparado? Sí No

¿estás tomando algún medicamento? Sí No ¿Está usted embarazada? Sí No

Lista de medicamentos: _____ Fecha del último período menstrual: _____

¿ERES ALERGICO A UN MEDICAMENTO? Si No

Cuales: _____

Quejas y Síntomas

ÁREA DE QUEJA / SÍNTOMA: _____

(Por favor, asegúrese de enumerar cada área de queja por separado)

Fecha que comienzo: _____

How did this occur?: _____

El dolor es...?((Marque la casilla que más se aplica)

CONSTANTE FRECUENTE INTERMITENTE VA/VIENE ALEATORIO RECURRIR

De 1 a 10, califique esta queja / síntoma:

_____
(10 siendo el peor)

Describe su incomodidad de esta síntoma . Elija todos los que aplican:

Dolor Profundo Pesado Agudo Palpitante
 Molesto Difuso Intolerable Como un shock Tension
 Ardiente Sordo Traccion Puñalda Dolor Hormiguelo

Ha cambiado tu síntoma desde que empeso? Elija todos los que aplican:

El dolor ha mejorado El dolor empeoró
 El dolor se mantuvo igual Los síntomas desaparecieron

¿Qué mejora tu condición? Elija todos los que aplican:

Ajustes quiroprácticos Madaje Medicamentos Prescripción
 Paquetes Frios Nada Reposo
 Ejercicio Medicameientos El Mostrador Estirarse
 Paquetes Clientes Terapia Fisica Trabajo

¿Qué agrava tu condición? Elija todos los que aplican:

Cualquier Movimiento Toser/estornudar Limpiesa de casa Correr Trabajar
 Ducha Cuidado ninos o mascotas Levantar Sentado Jardine
 Acomodar la cama Manejar Mirar asia el hombro Anallamento
 El Cuidado de familia Comer Estar acostado En Pie
 Cargar Al quedarse dormido Jalar Estress
 Cambiar de posiciones Salir o subir al Carro Empujar Estirarse
 Subir escaleras Salir de cama Alcanzar Hablar por telephono
 Usar Computadora Levantarse de estar acostado Leer Voltiar
 Concentrando Levantarse de estar sentando Movimientos repertidos Retortijón
 Cosinar De Compras Reposo Caminar

Episiodos pasados de esta queja?

Si No

Quidados anteriores para esta queja?

Si No

Quejas y Síntomas

ÁREA DE QUEJA / SÍNTOMA: _____

(Por favor, asegúrese de enumerar cada área de queja por separado)

Fecha que comienzo: _____

How did this occur?: _____

El dolor es...?((Marque la casilla que más se aplica)

CONSTANTE FRECUENTE INTERMITENTE VA/VIENE ALEATORIO RECURRIR

De 1 a 10, califique esta queja / síntoma:

_____
(10 siendo el peor)

Describe su incomodidad de esta síntoma . Elija todos los que aplican:

Dolor Profundo Pesado Agudo Palpitante
 Molesto Difuso Intolerable Como un shock Tension
 Ardiente Sordo Traccion Puñalda Dolor Hormiguelo

Ha cambiado tu síntoma desde que empeso? Elija todos los que aplican:

El dolor ha mejorado El dolor empeoró
 El dolor se mantuvo igual Los síntomas desaparecieron

¿Qué mejora tu condición? Elija todos los que aplican:

Ajustes quiroprácticos Madaje Medicamentos Prescripción
 Paquetes Frios Nada Reposo
 Ejercicio Medicameientos El Mostrador Estirarse
 Paquetes Clientes Terapia Fisica Trabajo

¿Qué agrava tu condición? Elija todos los que aplican:

Cualquier Movimiento Toser/estornudar Limpieza de casa Correr Trabajar
 Ducha Cuidado ninos o mascotas Levantar Sentado Jardine
 Acomodar la cama Manejar Mirar asia el hombro Anallamento
 El Cuidado de familia Comer Estar acostado En Pie
 Cargar Al quedarse dormido Jalar Estress
 Cambiar de posiciones Salir o subir al Carro Empujar Estirarse
 Subir escaleras Salir de cama Alcanzar Hablar por telephono
 Usar Computadora Levantarse de estar acostado Leer Voltiar
 Concentrando Levantarse de estar sentado Movimientos repertidos Retortijón
 Cosinar De Compras Reposo Caminar

Episiodos pasados de esta queja?

Si No

Quidados anteriores para esta queja?

Si No

CUESTIONARIO DE ACCIDENTES AUTOMÓVILES

Fecha De Acciente: _____

Fecha: _____

Patient's Name: _____

El vehículo donde USTED estaba:

Tipo de vehículo:

- Carro Troca
 SUV
 Troca de carga Otro _____

Tamaño del vehículo:

- Mini Mas grande
 Chico Con Carga
 Mediano Sin Carga
 Grande Otro _____

El OTRO vehículo:

Tipo de vehículo:

- Carro Troca
 SUV
 Troca de carga Otro _____

Tamaño del vehículo:

- Mini Very large
 Small With a load
 Mid-size Without a load
 Large Other _____

Su posición en el vehículo:

- Conductor Pasajero de enfrente
 Pasajero trasero derecho Pasajero tresero izquierdo
 Pasajero trasero enmedio
 Pasajero tresero en silla de bebe

Tenia puesto el sinturon?

Si No

Se desplegó el airbag?

Si No

Dirección que estaba tu cabeza en el momento del impacto?

- Desconocido Adelante
 Asiabajo A la izquierda
 Sobre hombro izquierdo A la derecha
 Sobre hombro Derecho

Tuviste contacto con el interior del vehículo?

Si No

Qué parte de tu cuerpo entró en contacto?

- Posterior de cabeza/cuello Frente de la cabeza Izquierda de la cabeza Derecha de la cabeza
 Hombro izquierdo Brazo izquierdo Pierna izquierda Pie derecha Rodilla Izquierda
 Hombro derecho Brazo derecho Pierna dercha Pie Izquierda Rodilla derecha
 Tronco/flanco Costilla/Pecho

Qué parte del vehículo contactaste?

- Airbag Apoyabrazo Tablero Puerta Objetos volando
 Ventana Reposacabeza Asiento Volante

Recivo algun golpe en la cabeza?

Si No

Perdiste el conocimiento?

Si No

Dónde estaba el impacto en SU vehículo?

- Frente derecho Frente izquierdo Frente centro
 Detras derecho Detras izquierdo Detras centro
 Derecho izquierdo

Estaba SU vehículo en movimiento ?

Reversa Adelante Parado Girando a la izquierda Girando a la derecha

Velocidad aproximada de SU vehículo:

Parado Menos de MPH 15-25 MPH 25-40 MPH 40-65 MPH 65+MPH Desconocido

Alcance del daño a SU vehículo:

- Daño visible pesado Daño visible moderado Leve daño visible
 Sin daño visible Totalizado Desconocido

OTROS movimientos del vehículo en el impacto?

- Reversa Adelante Parado Girar a la Izquierda Girar a la derecha

Approximate speed of OTHER vehicle:

- Parado Menos de 15MPH 15-25 MPH 25-40 MPH 40-65 MPH 65+MPH Desconocidos

Alcance del daño a OTRO vehículo :

- Daño visible pesado Daño visible moderado Leve daño visible
 Sin daño visible Totalizado Desconocido

- Fue remolcado tu vehículo de la escena? Si No
Llegó la policía a la escena? Si No
Fue un informe de accidente tomado? Si No
Servicios médicos de emergencia en escena? Si No
Perdiste la consciencia? Si No

A dónde fuiste después del accidente?

- Dispuesto para un viaje a casa Continúa con actividades Negó transporte/atención médica
 Fue conducido al hospital Maneje a casa Transportado al hospital en ambulancia

¿Qué tratamiento, si alguno, recibió desde el accidente? Elija todos los que apliquen:

- No tratamiento Referido a Quiropráctico
 Ingresados en el hospital Referido por Doctor
 Examinado Tratado por uno mismo con terapia de calor/frío
 Medicación prescrita Tratado por uno mismo con medicamentos en el contador
 Rayos-x

Describe la incomodidad que sentiste INMEDIATAMENTE en la escena? Elija todos los que apliquen

- Dolor Profundo Pesado Agudo Palpitante
 Molesto Difuso Intolerable Shocks Opresión
 Ardiente Sordo Agarrador Puñalada Hormigueo

¿En qué áreas Sientes dolor INMEDIATAMENTE? Elija todos los que apliquen

- Detras de la cabeza Frente de la cabeza Lado izquierdo de la cabeza Lado derecho de la cabeza
 Detras del cuello Frente del cuello Lado izquierdo del cuello Lado derecho del cuello
 Derecha media espalda Izquierdo media espalda Centro med de espalda
 Espalda baja derecha Izquierda baja Centro baja de espalda
 Abdomen Pecho
 Costillas de frente Detras de costillas Lado derecho de costillas Lado izquierdo de costilla
 Frente del hombro derecho Superior del brazo Codo Muñeca Mano
 Detras del hombro derecho Superior del brazo Codo Muñeca Mano
 Frente del hombro izquierdo Superior del brazo Codo Muñeca Mano
 Detras del hombro izquierdo Superior del brazo Codo Muñeca Mano
 Frente de la cadera derecha Pierna arriba Rodilla Pierna abajo Tobillo Pie
 Detras de la cadera derecha Pierna arriba Rodilla Pierna abajo Tobillo Pie
 Frente de la cadera izquierda Pierna arriba Rodilla Pierna abajo Tobillo Pie
 Detras de la cadera izquierda Pierna arriba Rodilla Pierna abajo Tobillo Pie

Síntomas del momento de la colisión? Elija todos los que apliquen:

- | | | | | |
|--|--|---|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Agotamiento | <input type="checkbox"/> Perdida de Apetito | <input type="checkbox"/> Dificultades para dormir | <input type="checkbox"/> Cansado |
| <input type="checkbox"/> Dificultad respiratoria | <input type="checkbox"/> Dolor Facial | <input type="checkbox"/> Sin Enegrías | <input type="checkbox"/> Adolorido | <input type="checkbox"/> Trastronado |
| <input type="checkbox"/> Dolor de pecho | <input type="checkbox"/> Dolor Genitales | <input type="checkbox"/> Espasmo muscular | <input type="checkbox"/> Dolor de Estomago | |
| <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Dolor glúteo | <input type="checkbox"/> Entumido/Hormigueo | <input type="checkbox"/> Estress | |
| <input type="checkbox"/> Increndulidad | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> Dolor en costillas | <input type="checkbox"/> Stunned | |
| <input type="checkbox"/> Mareo | <input type="checkbox"/> Molesto | <input type="checkbox"/> Shocks | <input type="checkbox"/> Compresion | |

Estado de los síntomas desde la colisión? Elija todos los que apliquen:

- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Provocar el dolor | <input type="checkbox"/> Empeoro | <input type="checkbox"/> Mejorado | <input type="checkbox"/> Desminullirse |
| <input type="checkbox"/> Produjo más rigidez | <input type="checkbox"/> Empioro estilo de vida | <input type="checkbox"/> Mejoro la function diaria | <input type="checkbox"/> Algo resuelto |
| <input type="checkbox"/> Exacerbado | <input type="checkbox"/> No cambio estilo de vida | <input type="checkbox"/> Provoco menos dolor | <input type="checkbox"/> Todo sigue igual |
| <input type="checkbox"/> Disminulla Function diaria | <input type="checkbox"/> Disaparesio | <input type="checkbox"/> Produjo menos rigidez | |

¿Por qué continuaste trabajando?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Perdería mi trabajo si tomara un descanso | <input type="checkbox"/> Mi negocio fracasará si no trabajo |
| <input type="checkbox"/> No podría mantener a mi familia de otra manera | <input type="checkbox"/> No puedo tomar tiempo libre del por mis hijos |
| <input type="checkbox"/> No creo que el tiempo libre incluso cuando me duele | |

Problemas con la movilidad / estabilidad? Elija todos los que apliquen:

- | | | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Escalando | <input type="checkbox"/> Derodillas | <input type="checkbox"/> Levantar | <input type="checkbox"/> Caminar un largo pedioro |
|------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|---|

Problemas con la destreza?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Movimientos de dedos | <input type="checkbox"/> Movimientos de Muñeca |
|---|--|

Experimenta fatiga?

- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
|-----------------------------|-----------------------------|

Experimenta depression ?

- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
|-----------------------------|-----------------------------|

Experimenta un zumbido en sus oídos?

- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
|-----------------------------|-----------------------------|

Experimenta prblemas con su postura? En cama Sentado por largos pedioros Detenerse Estar parado_

Experimenta problemas para concentrarse? No puede concentrarse No puede pensar aprodiado Ase errores

Areas de dolor en el Trabajo ? Elija todos los que apliquen:

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Detras de la cabeza | <input type="checkbox"/> Frente de la cabeza | <input type="checkbox"/> Lado izquierda de cabeza | <input type="checkbox"/> Lado derecho de cabeza |
| <input type="checkbox"/> Detras del cuello | <input type="checkbox"/> Central mediana de espalda | <input type="checkbox"/> Centro baja de espalda | <input type="checkbox"/> Pecho <input type="checkbox"/> Costillas |
| <input type="checkbox"/> Hombro DERECHO | <input type="checkbox"/> Superior del brazo | <input type="checkbox"/> Codo | <input type="checkbox"/> Brazo <input type="checkbox"/> Muñeca <input type="checkbox"/> Mano |
| <input type="checkbox"/> Hombro IZQUIERDO | <input type="checkbox"/> Superior del brazo | <input type="checkbox"/> Codo | <input type="checkbox"/> Brazo <input type="checkbox"/> Muñeca <input type="checkbox"/> Mano |
| <input type="checkbox"/> Cadera DERECHA | <input type="checkbox"/> Pierna arriba | <input type="checkbox"/> Rodilla | <input type="checkbox"/> Pierna abajo <input type="checkbox"/> Tobillo <input type="checkbox"/> Pie |
| <input type="checkbox"/> Cadera IZQUIERDA | <input type="checkbox"/> Pierna arriba | <input type="checkbox"/> Rodilla | <input type="checkbox"/> Pierna abajo <input type="checkbox"/> Tobillo <input type="checkbox"/> Pie |

Experimenta problemas en casa? Elija todos los que apliquen:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Lavanderia | <input type="checkbox"/> Asiar los platos | <input type="checkbox"/> Espirar |
| <input type="checkbox"/> Limpiar Ventanas | <input type="checkbox"/> Llimpiar | <input type="checkbox"/> Preparar los comidas |

Firma del paciente: _____ FECHA: _____