

PACIENTE INFORMATION

Fecha de hoy: _____
 Nombre: _____
 Direccion: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo postal: _____
 Sexo: M F Edad: _____
 Fecha de Nacimiento: _____
 Celular#: _____ Trabajo#: _____
 Correo Electronico: _____
 SS# _____
 Ocupacion y Empleador: _____
 Dr. Familiar Nombre y #: _____
 Como escucho de nosotros?

 Radio: _____
 T.V.: _____

ASEGURANSA INFORMACION

Conductor de coche: _____
 Conductor Poliza #: _____
 Conductor Reclamacion #: _____
 Reclamador: _____
 Numero de Reclamador: _____
 Aseguransa de la Tercer persona #3: _____
 Su Abogado Nombre y Telefono: _____
 Su seguro de vehiculo portador: _____
 Poliza #: _____
 Reclamacion #: _____
 Seguro de auto de Conducir: _____
 Seguro de Salud:
 Nombre: _____
 ID # _____
 Telefono # _____

ACCIDENTE INFORMACION

Esta condicion es debido al accidentemte de coche?
 Si No
 Fecha De Accidente: _____
 Lugar: _____
 Usted era el /la conductor pasajero delantero
 pasajero trasero pedestre
 El golpe fue de: Frente Lado de pasajero Lado de conductor Trasero
 Cuántas personas había en el vehículo? _____
 Estaba usando cinturón de seguridad? Si No
 Se desplegaron las bolsas de aire? si no
 Se golpeo alguna parte de su cuerpo en el coche?
 si no Que parte? _____
 Perdio la conciencia? Si No
 Fue al hospital? Si No
 Cual hospital? _____
 Cuando fue? Inmediatamente Otro _____
 Fue por medio de ambulancia? Si no
 Le tomaron radiografias? Si No
 Medicatmentos administrados? Si No
 Ha trabajado desde el accidente? Si No
 Ha tenido accidentes anteriormente? Si No

El dolor interfiere con su :
 Trabajo Dormir Recreacion
 Actividades diarias Other: _____
 Movimientos causan dolor al :
 Sentarse De pie Flexionar Caminar Doblar
 Acostarse
 Otro: _____
 Ha tenido uno de los siguientes problemas?
 Dolor de hombro Dolor de pecho Fatiga
 Dolor de espalda Zumbido de oidos Ansiedad
 Rigidez en la espalda Dificultad para dormir
 Depresion Dolor de cuello Vision borrosa
 Irritabilidad Rigidez en el cuello
 Perdida de memoria Dolor muscular Evita ruidos
 Dolor de cabeza Evita la luz
 Adormecimiento del brazo/mano
 Adormecimiento de pierna/pie Dolor de brazo
 Dolor de barriga Problemas de la mandibula
 Dolor de pierna

Que tratamiento ha recibido desde su condicion? Medicamento Cirujia
 Terapia Fisica Servicios Quiropracticos Ninguno Otro: _____

Nombre y telefono # de otro Dr. Vistos: _____

Ha tenido alguna de las siguientes? **Pulmonar (relacionado con el pulmon)**
 Asma dificultad de la respiracion COPD Enfisimea Otro _____ Ninguno de lo anterior

Ha tenido alguna de las siguientes? **Cardiovascular (relacionado con el corazon)**
 Ataque al corazon Problemas del corazon Hipertension Marcapasos Otro _____

Ha tenido alguna de las siguientes? **Neurologico (relacionado con nervios)**
 Vision cambio/ perdida de vision Una cara debil o el cuerpo Convulsiones Dolores de Cabeza
 Perdida de memoria Temblores Vertigo Trazos Otro _____

Ha tenido alguna de las siguientes? **Endocrino (relacionado con glandulares/hormonal)**
 Tiroides Terapia de reemplazo hormonal Diabetes Otros _____

Ha tenido alguna de las siguientes? **Renal (relacionado con el rinon)**
 Sangre en la orina Incontinencia (no puede controlar) Infeccion en la vejiga Otro _____

Ha tenido alguna de las siguientes? **Gastroenterologia (relacionado con el estomago)**
 Nauseas Dificultad para deglutir Ulceras Dolor abdominal Hernia Estrenimiento
 Hgado Sangre ne las heces Vomito de sangre Incontenencia intestinal Otro _____

Ha tenido alguna de las siguientes? **hematologico (relacionado con la sangre)**
 Anemia Anti-Inflamatorios (Motrin/Ibuprofen/Naproxen/Naprosyn/Aleve) VIH Positivo
 Hemofilia Anticoagulante Coagulos de sangre Otro _____

Ha tenido alguna de las siguientes? **Dermatologico (relacionados con la piel)**
 Quemaduras Erupicon Injertos de piel Trastornos psoriasicas Otro _____

Ha tenido alguna de las siguientes? **Musculoesqueleticos (relacionado con los musculos/huesos)**
 Artritis Gota Fractura Espinal Cirujia de la columna Escoliosis Implantes metalicos

Ha tenido alguna de las siguientes? **psicologia**
 Diagnostis Psiquiatrico Depresion Bipolar Esquizofrenia Otro _____

| <u>Historia Familia</u> | | <u>Historia Social</u> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> Cancer <input type="radio"/> Enfermedad Cardiaca <input type="radio"/> Artritis <input type="radio"/> Enfermedad Neurologica <input type="radio"/> Trastornos de Coagulacion | <input type="radio"/> Paro Cardiaco <input type="radio"/> Migranas <input type="radio"/> Diabetes <input type="radio"/> Osteoporosis <input type="radio"/> Otro _____ | Descripcion del Trabajo: _____ Actividades Rereativas: _____ _____ _____ |
| <u>Ejecicio</u> <input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Moderado <input type="radio"/> Diario <input type="radio"/> Pesado | <u>Nivel de Trabajo</u> <input type="radio"/> Sentado <input type="radio"/> Parado <input type="radio"/> Trabajo Lijero <input type="radio"/> Trabajo Pesado | <u>Habitos</u> <input type="radio"/> Fumar <input type="radio"/> Alcohol <input type="radio"/> Cafe/Cafeina <input type="radio"/> Alta tension |
| Esta Embarazada? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Fecha de Vencimiento de Embarazo: _____ | |

Cirujias Previas: Espalda Cuello Corazon Otras: _____

Medicamentos: _____

Firma: _____ Fecha: _____