

Nueva Informacion del paciente

Nombre: _____ Fecha: _____

Direccion: _____ ODL: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Numero de telefono: _____ Telefono del trabajo: _____

Correo electrónico: _____ Numero de seguro social: _____

Fecha de nacimiento: _____ Empleador/ocupación: _____

En caso de emergencia, porfavor de contactar a:

Nombre: _____ Relacion: _____ Numero de teléfono: _____

Medico Remitente: _____ Numero de teléfono: _____

Informacion sobre el accidente: _____ Fecha del accidente: _____ Hora del accidente: _____

Eras tu el Conductor pasajero delantero pasajero trasero Peatonal

Porfavor de describir el accidente en sus propias palabras: _____

Marca y modelo del vehiculo en el que estaba: _____

Estabas usando un cinturón de seguridad? Si No Si es asi, que tipo? Hombro Regazo

Fue el vehiculo equipado con bolsas de aire? Si No En caso afirmativo, Se inflaron correctamente? Si No

Tu vehiculo tiene reposacabezas? Si No En caso afirmativo, en que posición estaba? abajo en medio arriba

Su auto impacto en otro auto? Si No Tu auto impacto una estructura? Si No

Alguna parte de tu cuerpo golpeo algo en el vehiculo? Si No _____

El impacto fue enfrente atrás izquierda derecha otro: _____

En el momento del impacto donde estaba mirando? _____

Tenia las dos manos en el volante? Si No si no, cual estaba en el volante? izquierda derecha

Estaba su pie en el freno? si no Si es asi, que pie estaba en el freno? Izquierdo derecho

Estaba usted: sorprendido por el impacto? Preparado para el impacto

A qué velocidad viajaba? _____ A qué velocidad viajaba el otro coche? _____

Condiciones de manejo: seco mojado hielo otro: _____

Condición del cliente:

Estuvo inconsciente inmediatamente después del accidente? Si No

Pro favor de describir como se sintió inmediatamente después de accidente: _____

Tratamiento

Fue al hospital (atención de urgencias)? Si No Le tomaron rayos X? Si No MRI? Si No

Cuando fue? Inmediatamente después de accidente Al día siguiente 2 días o más des pues.

Diagnostico: _____

Tratamiento recibido _____

Síntomas y/o lesiones

Ha podido trabajar después del accidente? Si No

Ha influido esta lesión en su rendimiento en el trabajo? Si No Si es así, como? _____

Si ha tenido alguno de los siguientes síntomas desde su lesión, marque la casilla correspondiente.

- | | | | | | |
|---|---|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dolor | <input type="checkbox"/> dificultad para eliminar | <input type="checkbox"/> Fatiga | <input type="checkbox"/> Sensación radiante | <input type="checkbox"/> estrés | <input type="checkbox"/> visión borrosa |
| <input type="checkbox"/> Incomodidad | <input type="checkbox"/> dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> dolor agudo | <input type="checkbox"/> hinchazón | <input type="checkbox"/> dificultad al respirar | <input type="checkbox"/> desorientación |
| <input type="checkbox"/> irritabilidad | <input type="checkbox"/> dolor punzante | <input type="checkbox"/> sensibilidad | <input type="checkbox"/> sensación de quemarse | <input type="checkbox"/> mareos | <input type="checkbox"/> espasmos |
| <input type="checkbox"/> dificultad | <input type="checkbox"/> palpitante | <input type="checkbox"/> toser | <input type="checkbox"/> dolor sordo | <input type="checkbox"/> nausea | <input type="checkbox"/> musculares |
| <input type="checkbox"/> Para dormir | <input type="checkbox"/> estornudo | <input type="checkbox"/> opresión | <input type="checkbox"/> calambres | <input type="checkbox"/> zumbido del oído | <input type="checkbox"/> sonidos de |
| <input type="checkbox"/> rigidez | <input type="checkbox"/> debilidad | <input type="checkbox"/> dificultad para despertar | <input type="checkbox"/> ruido de craqueo | <input type="checkbox"/> estallido | |
| <input type="checkbox"/> entumecimiento | <input type="checkbox"/> estremecimiento | | | | |

Los síntomas están en:

- Cabeza Mandibula cuello muñecas manos Cintura muslos piernas tobillos Pies

pecho hombros parte trasera abdomen

Parte posterior: superior medio inferior

Los síntomas son empeorados por:

conducir ejercicio levantamiento agachar frio trabajo en pie sentada/o retortijon

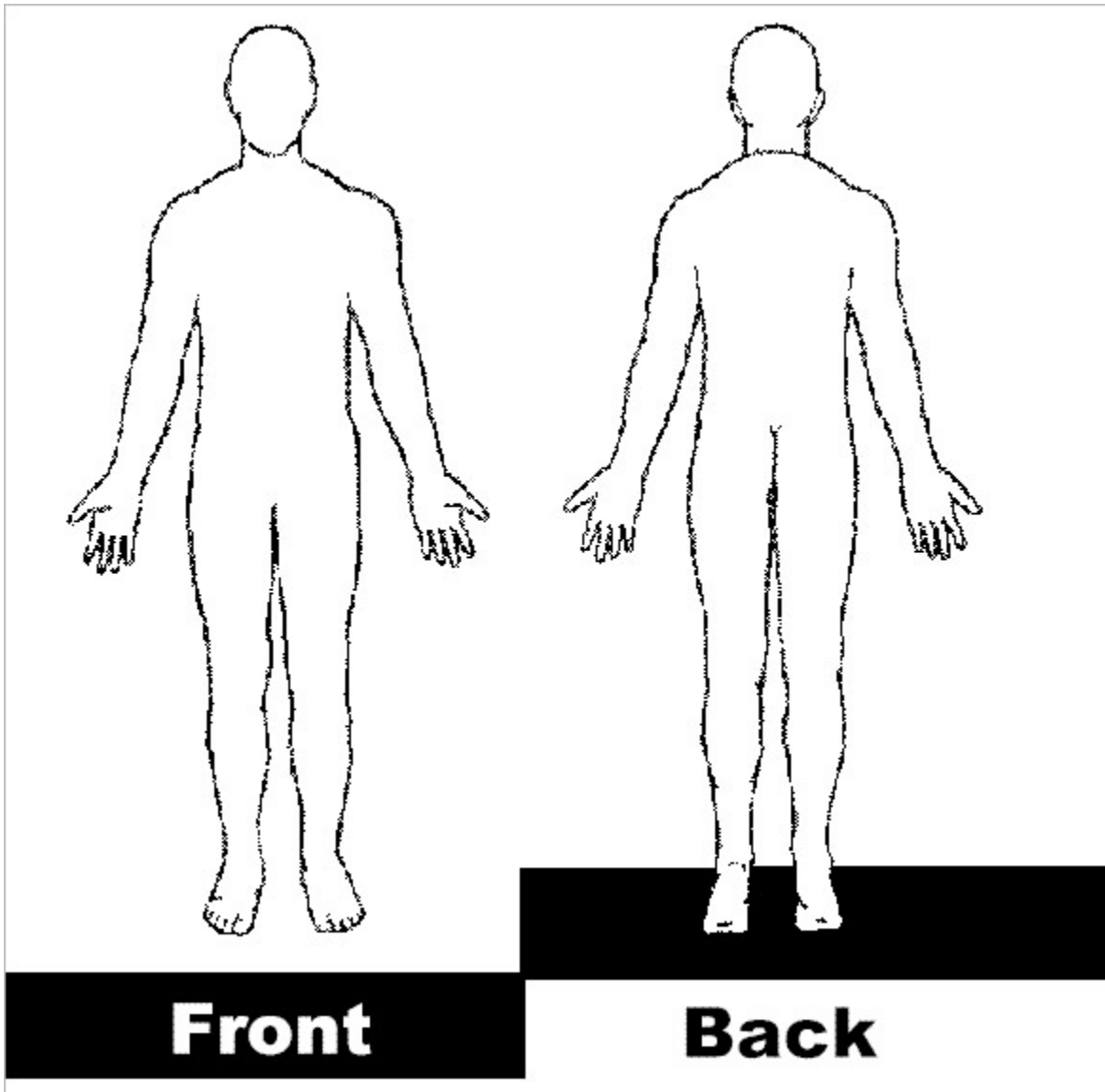
caminar actividad diaria otro: _____

Los síntomas son aliviados por:

acostado descansar paquetes calientes paquetes frios medicamento masaje Actividad

otro: _____

Usando la escala abajo, marque las areas afectadas con los numeros correspondientes:



Como calificar nuestros síntomas en una escala de dolor de 1 a 10:

10 – Su dolor es intenso, constante, restringe grandemente tus actividades y es imposible ir mas de 5 minutos sin conciencia del dolor.

9 – Su dolor es intenso, constante, restringe grandemente tus actividades pero puede olvidarse del dolor hasta 15 minutos a la vez.

8 – El dolor es significativo, moderadamente intenso a veces, pero no constante. La mayoría de las actividades se ven afectadas, y te lo piensas una o dos veces por hora.

7 – El dolor es significativo a veces, pero nunca se intensifica y no es constante. La mayoría de las actividades se ven afectadas, y lo piensas una o dos veces por hora.

6 – El dolor es moderado pero demasiado frecuente para ignorarlo. Algunas actividades se ven afectadas. Las horas pueden pasar sin ser conscientes del dolor.

5 – El dolor es moderado, pero demasiado frecuente para ignorarlo. Casi ninguna actividad se ve afectada. Las horas pueden pasar sin ser conscientes del dolor.

4 – El dolor es poco mas que una molestia y pasas por todo el dia con frecuencia, pero no te afecta realmente.

3 – El dolor es poco mas que una molestia. Su conciencia del dolor puede estar ausente durante todo un dia a la vez, y nunca se vera afectado por el.

2- En el peor de los casos, el dolor se describe mejor como incomodo. Los días pueden pasar sin ser conscientes de ello.

1 - En el peor de los casos, el dolor se describe mejor como incomodo. Sus síntomas no se repiten mas de un avez a la semana.

Historia Medica:

Por favor marque SI o NO a las siguientes preguntas, y explique en los espacios provistos:

SI NO

Esta usando algún dispositivo medico? contactos dentadura audífono otro: _____

Usted sufre de cualquiera de los siguientes?:

Trastornos de la piel erupción levadura hongos psoriasis infección

Alergias: aceites frutos secos ingredientes para el cuidado de la piel otro: _____

Esta bajo el cuidado de un medico por alguna razón? Por favor explique: _____

Esta tomando medicamentos? Si si, cuando fue su ultima dosis? _____

Cualquier enfermedad reciente o actual? infeccioso viral bacteriano otro: _____

- Alguna vez le han diagnosticado alguna de las siguientes condiciones:
- Artritis. Tipo y localización: _____
 - Presion arterial alta presión arterial baja aneurisma embolia otro: _____
 - Enfermedades del corazón _____
 - Diabetes: tipo 1 tipo 2 (aparición en adultos) otro: _____
 - Cancer. Tipo y localización: _____
 - Condicion espinal escoliosis osteoporosis otro: _____
 - Otras condiciones medicas: _____
 - Fechas de diagnostico de cualquiera de las condiciones anteriores: _____
- Alguna vez has tenido cirugia? Area afectada del cuerpo: _____ fecha/ ano(s) _____
- Tiene alguna necesidad que requiera atención especial? _____
- Tiene alguna pregunta antes de empezar? _____

Otro: _____

Para mujeres solamente:

SI NO

- Menstrual dolor/calambres Irregularidad
- Esta embarazada ahora? Que trimestre? _____ Algun problema? _____

Politica de cancelación:

Sus citas programadas están reservadas exclusivamente para usted. Nos enorgullecemos de nuestro compromiso con usted para cumplir con todas las citas programadas. Llame a su terapeuta tan pronto como sepa que no puede asistir a una cita. Todas las citas perdidas y las cancelaciones realizadas después de las 5:00 pm del día hábil anterior a su cita programada se facturan por el tiempo reservado. Usted es responsable de estos cargos, y el pago se esperara en el momento de su próxima visita. Si no asiste a dos citas sin previo aviso, su tratamiento se dara por terminado. Agradecemos su cortesía y cooperación para que podamos bringar la mejor atención posible a todos los pacientes de nuestros médicos.

_____ Por favor inicial.

Según my firma, verifico que toda la información proporcionada en las 3 paginas anteriores es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Prometo mantener a mis proveedores de atención medica actualizados sobre cualquier cambio en mi salud y residencia. Autorizo el pago de los beneficios de seguro facturados por los servicios prestados por esta oficina para que se paguen directamente a esta oficina por dichos servicios. Autorizo a esta oficina para divulgar cualquier información en su poder solicitada por mi compañía de seguros para el propósito de procesar reclamos.

Firma del Paciente (o guardian)

Fecha