

## Informacion de Paciente y Historial

Nombre \_\_\_\_\_ Numero de Casa/Celular \_\_\_\_\_  
Direccion \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Hombre \_\_\_ Mujer \_\_\_ Otro \_\_\_  
Numero de Seguro \_\_\_\_\_ Casado \_\_\_ Soltero \_\_\_ Divorciado \_\_\_  
Estatura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Ocupacion \_\_\_\_\_  
Jefe \_\_\_\_\_ Telefono de Trabajo \_\_\_\_\_  
Direccion de Trabajo \_\_\_\_\_

### En Caso de Emergencia:

Contacto \_\_\_\_\_ Relacion \_\_\_\_\_  
Numero de Casa \_\_\_\_\_ Numero de Trabajo \_\_\_\_\_  
Nombre de Aseguransa Responsable del otro carro \_\_\_\_\_  
Numero de Aseguransa \_\_\_\_\_ Ajustador \_\_\_\_\_  
Numero Claim# \_\_\_\_\_ Numero de Seguro \_\_\_\_\_  
Su Nombre De Aseguransa \_\_\_\_\_  
Numero De Aseguransa \_\_\_\_\_ Ajustador \_\_\_\_\_  
Numero Claim# \_\_\_\_\_ Numero De Seguro \_\_\_\_\_

### Abogado

Nombre \_\_\_\_\_ Numero( ) \_\_\_\_\_  
Direccion \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Postal \_\_\_\_\_

1. Fecha de Accidente \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_
2. Era \_\_\_ Manejador \_\_\_ Pasajero \_\_\_ Asiento delantero \_\_\_ Asiento de atras \_\_\_ resbalada/caida \_\_\_  
Atropellado Otro \_\_\_\_\_
3. Numero de personas en el carro \_\_\_ Estaba usando cinturon SI \_\_\_ NO \_\_\_
4. A cual direccion iba? \_\_\_ Norte \_\_\_ Este \_\_\_ Sur \_\_\_ Oeste
5. Nombre de calle \_\_\_\_\_
6. A cual direccion iba el otro carro? \_\_\_ Norte \_\_\_ Este \_\_\_ Sur \_\_\_ Oeste
7. Nombre de Calle \_\_\_\_\_
8. El impacto fue de \_\_\_ Enfrente \_\_\_ Atras \_\_\_ Derecha \_\_\_ Izquierda \_\_\_ OTRO
9. Velocidad de su carro? \_\_\_\_\_ mph Velocidad de otro carro? \_\_\_\_\_ mph
10. Estaba inconsciente? \_\_\_ SI \_\_\_ NO Si, marca si cuanto Tiempo? \_\_\_\_\_
11. La policia llego al sitio del accidente? \_\_\_ SI \_\_\_ NO
12. Hubo testigos? \_\_\_ SI \_\_\_ NO
13. En sus propias palabras describa el accidente \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

14. Tuvo usted quejas fisicas/acidentes/heridas antes del accidente \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

15. Describa como se sintio \_\_\_\_\_

- A. Durante el accidente \_\_\_\_\_
- B. Inmediatamente despues del accidente \_\_\_\_\_
- C. Despues ese dia \_\_\_\_\_
- D. Al otro dia \_\_\_\_\_

16. A donde fue llevado despues del accidente? \_\_\_\_\_

17. Nombre de hospital/clinica/otro? \_\_\_\_\_

18. Tipo de tratamientos que recibio? \_\_\_\_\_

Rayos \_\_\_\_\_ Medicamentos \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

19. Cuales son sus malestares/simptomas presentes? \_\_\_\_\_

	SI	NO
Fumar	___	___
Cancer	___	___
Alta Presion	___	___
Embolio	___	___
Ataque de Corazon	___	___
Mareos	___	___
Dolores de Cabeza	___	___
Epilepcia	___	___
Anemia	___	___
Diabetis	___	___
Problemas de Rinon	___	___
Problemas de Higado	___	___
Problema de Vesicula	___	___
Problemas de Prostata	___	___
Problema Digestivo	___	___
Problema Intestinal	___	___
Habitos de Digestion	___	___
El SIDA	___	___

Fecha \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**MARQUE SIMPTOMAS CUALES NOTA DESDE EL ACIDENTE**

**CABEZA**

- Dolor de cabeza
- Atras de cabeza
- La frente
- Sienes
- Migrana
- Cabeza Pesada
- Perdida de memoria
- Desmallos
- Luz molesta ojos
- Perdida de Olfato
- Boca desabrida
- Mareos
- Perdida de balance
- Perdida de sonido
- Sumbido de orejas
- Dolor de orejas
- Campaneo en oidos

**CUELLO**

- Dolor en el cuello
- Dolor al mover el cuello
- Punsada de nervio del cuello
- Cuello se siente deslocado
- Cuello duro
- Calambre de cuello
- Ruidos crujientes
- Ruidos de raspar
- Ruido de tronar
- Artritis de cuello

**HOMBROS**

- Dolor de conyonturas del hombro d/i
- Dolor
- Bursitis d/i
- Artritis d/i
- No puede levantar los brazos al nivel del hombro
- Tension en los hombros
- No puede levantar los brazos al nivel de la cabeza
- Calambres de hombro
- Punsadas de nervio en el hombro

**BRAZOS/MANOS**

- Dolor en el brazos
- Dolor en las manos
- Dolor en los dedos
- Punsadas de nervio
- Punsadas en los dedos
- Sensasion de piquetes/abujas en los dedos/brazos
- Los dedos se le duermen
- Manos frias
- Coyonturas inchadas de dedos
- Coyonturas adoloridas de dedos
- Artritis de los dedos
- Perdida de fuerza

**MEDIA ESPALDA**

- Dolor de espalda
- Dolor de Glutios d/i
- Dolor de huesos de hombros
- Dolor de cuchillasos en la espalda
- Calambres en la espalda

**PECHO**

- Dolor de pecho
- Siente que se le acaba el aire
- Dolor de costillas

**ABDOMEN**

- Vomito
- Gas
- Estrenimiento
- Diarrea
- Nervios en el estomago

**MUJERES SOLAMENTE**

- Menstruacion Regular
- Colicos
- InRegular

**CINTURA**

- Dolor de cintura
- Dolor es mas cuando
- trabajando
- parado
- sentado
- doblando
- tosiendo
- nervio saltado
- disco salido
- cintura se siente fuera de lugar
- calambres
- artritis

**CADERAS, PIERNASY PIES**

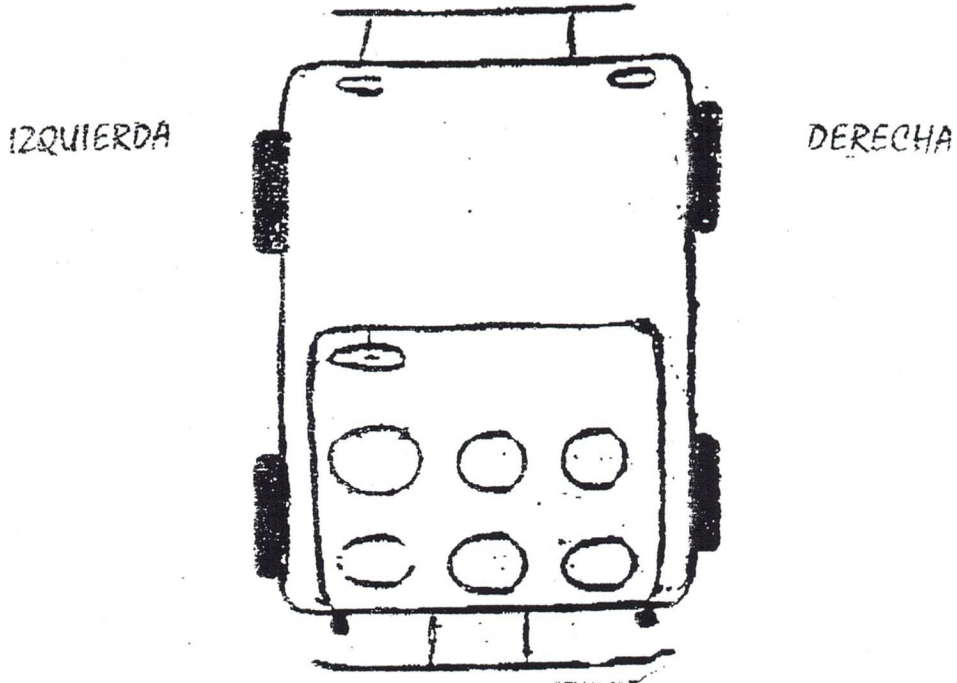
- Dolor del hueso de la cadera d/i
- Dolor de pierna d/i
- Calambres en los pies d/i
- Sensasion de piquetes en las piernas
- Piernas dormidas d/i
- Pies dormidas d/i
- Pies helados d/i
- Calambes de los pies d/i
- Tobillos inchados
- Pies inchados
- Dedos de pies dormidos
- Coyonturas adoloridas de los pies

**GENERAL**

- Nervioso
- Irritado
- Depresion
- Fatigado
- Ultimamente
- Cansado
- perdida de sueno
- Perdida de peso

MARQUE UNA CRUZ (X) EN EL CIRCULO DONDE ESTABA SENTADO

MARQUE UNA CRUZ (X) DONDE ESTA EL DANO.



MARQUE CON CRUZ (X) DONDE TIENE DOLOR

DONDE FUE HERIDO Y DONDE LE DUELE

MARQUE LAS AREAS EXACTAS DE DOLOR

VISTA DELANTERA

VISTA TRASERA

DERECHA

IZQUIERDA IZQUIERDA

DERECHA

