

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 hiba? ___ Norte ___ Este ___ Sur ___ Oeste
5. Nombre de calle _____
6. A cual direccion hiba 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/sintomas 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

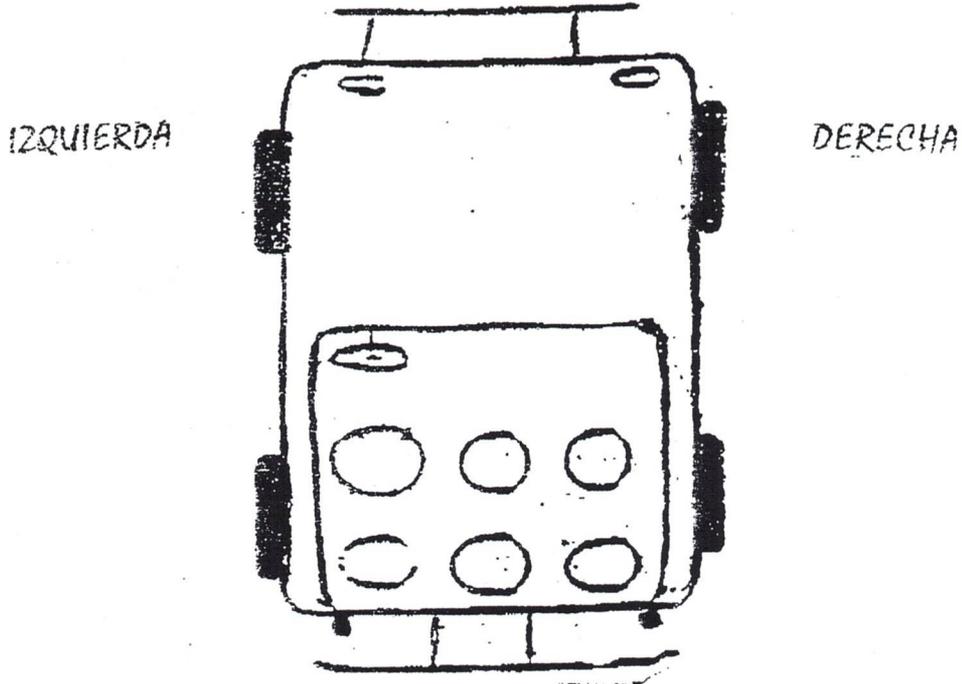
- Dolor del hueso de la cadera d/i
- Dolor de pierna d/i
- Calambres en los pies d/i
- Sensasion de piquetes en las piernas
- Piernas dormidas d/i
- Pies dormidas d/i
- Pies helados d/i
- Calambes de los pies d/i
- Tobillos inchados
- Pies inchados
- Dedos de pies dormidos
- Coyonturas adoloridas de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

