



Accidente de Automóvil Planilla del Paciente

Fecha de hoy: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Birth Date: _____

Altura: _____ Peso: _____ Fecha del Accidente: _____ Hora del Accidente: _____ AM
PM

Dirección del Domicilio: _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal: _____

Teléfono de Casa: (_____) _____ Teléfono Móvil: (_____) _____

Ocupación: _____ Email: _____

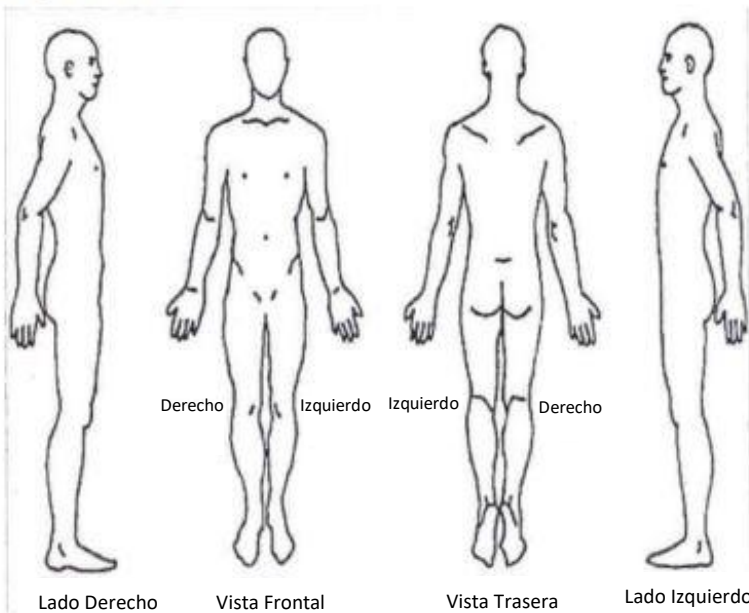
Nombre del Contacto de Emergencia: _____ Teléfono de Emergencia: (_____) _____

Describe cómo ocurrió el accidente: _____

Describe su condición y síntomas causados por el accidente: _____

¿Ha faltado ud el trabajo o la escuela a causa de su condición o sus heridas? No Sí

En el diagrama abajo, indique las áreas de su dolor:



Usando la escala de 1 a 10 (siendo 10 el peor dolor posible) califique Ud. la gravedad de sus síntomas en las regiones del cuerpo que le molestan.

- | | |
|---|--|
| _____ Dolor de Cabeza | _____ Dolor del Hombro |
| _____ Dolor de Cuello | _____ Dolor en la Parte Superior del Brazo |
| _____ Dolor en la Espalda Superior | _____ Dolor en la Parte Inferior del Brazo |
| _____ Dolor en la Espalda Media | _____ Dolor de Muñeca |
| _____ Dolor en la Espalda Baja | _____ Dolor de Cadera |
| _____ Dolor en la Parte Superior de la Pierna | _____ Dolor del Tobillo/ del Pie |
| _____ Dolor en la Inferior de la Pierna | _____ Algún Otro Dolor |

Información Específica Sobre el Accidente de Automóvil¿Eva Ud.: el conductor el pasajero el peatón?

Auto en que Ud. estaba: Año: _____ Marca: _____ Modelo: _____

Daño a su auto: el frontal del auto la trasera del auto al peatón el ado del conductor
 el ado del pasajero el parachoque el guardafangoEstimado monetario de su auto: \$ _____ Menor Extenso Total

Otro auto: Año: _____ Marca: _____ Modelo: _____

Daño al otro auto: el frontal del auto la trasera del auto al peatón el ado del conductor
 el ado del pasajero el parachoque el guardafangoEstimado del daño: Menor Extenso Total

¿Donde ocurrió el accidente? Nombre de las calles: _____ Ciudad, Estado: _____

¿Era: una intersección con controles una intersección sin controles no ocurrió en una intersección¿Había semáforo? Ninguno Verde Rojo Flecha de girar Señal de parar¿Estaba Ud.: Moviendo lentamente Moviendo ParadoVelocidad: ¿A qué velocidad manejaba Ud.? _____ MPH
¿A qué velocidad manejaba el otro auto? _____ MPHHora del día: Día Crepúsculo NocheCondiciones del tiempo: Despejada Nublada Iluviosa SoleadaSuperficie de la calle: Seca Mojada Resbaladiza Helada Pavimento Otra: _____¿Clase del impacto? Trasero Frontal Lateral Vuelco de auto¿Frenos en el momento del impacto? Aplicados con fuerza Aplicados ligeramente Sin frenar¿A qué distancia se movió su auto? No se movió Se movió 1 a 5 pies Se movió 6 a 10 pies Se movió más de 10 piesCinturón de Seguridad/Arnés de hombros: Sí NoReposacabezas en el auto: Sí NoPosición del reposacabezas: Arriba Abajo¿Tiene el auto bolsas de aire? Sí No¿Se desplegaron las bolsas de aire? Sí No¿Pudo Ud. ver el impacto por adelantado? Sí No¿Se prepare Ud. para el impacto? Sí NoAl impacto, Ud. miraba: Hacia adelante Hacia atrás Hacia arriba Hacia abajo Hacia la derecha
 Hacia la izquierdaEn el momento del impacto, ¿fue impulsado: Hacia adelante Hacia atrás Al lado Otro: _____¿Se golpeó con algo en el auto? Sí No Parte del cuerpo: _____ ¿Con qué se golpeó? _____¿Había trauma en la cabeza? Sí No ¿Pérdida del conocimiento? Sí No¿Se acuerda Ud. la ocurrencia del accidente? Sí No Si la respuesta es sí, ¿por cuánto tiempo duró? _____¿Fue Ud. al hospital?: Sí No Nombre del hospital: _____¿Fue llevado en ambulancia? Sí No ¿Por cuánto tiempo estuvo en el hospital? _____¿Sacaron radiografías? Sí No Partes del cuerpo radiografiadas: Cuello Media espalda
 Espalda baja Otra: _____¿Se le administró medicamento? Sí No Rx: _____

Otras instrucciones de su médico: _____ ¿Cita de regreso? _____

Describa su dolor: Ardiente Agudo Ligero Dolor mínimo Punzante Irradiando Palpitante Otra: _____

¿Qué empeora el dolor? _____

¿Qué alivia el dolor? _____

¿Le ha ocurrido esta condición u otra semejante antes? No Sí ¿Si la respuesta es sí, ¿cuándo ocurrió? _____

Describa cómo se sentía en ese momento: _____

Por favor, apunte cualquier otro proveedor médico que ha visitado por esta condición o estos síntomas:

Nombre

Tipo de licencia

Fecha de la última consulta

Durante las últimas 2 semanas, ¿se le ha ocurrido alguno de lo siguiente:

- | | | | | | |
|---|---|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza | <input type="checkbox"/> Mareos | <input type="checkbox"/> El Molestar de Luz en los Ojos | <input type="checkbox"/> Diarrea | <input type="checkbox"/> Demasiada Pesadez en la Cabeza | <input type="checkbox"/> Dolor de Cuello |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de Memoria | <input type="checkbox"/> Torpeza | <input type="checkbox"/> Pies Fríos | <input type="checkbox"/> Rigidez en el Cuello | <input type="checkbox"/> Hormigueo en los Brazos/Las manos | <input type="checkbox"/> Repique (Zumbido) en los oídos |
| <input type="checkbox"/> Manos Frías | <input type="checkbox"/> Problemas al Dormir | <input type="checkbox"/> Hormigueo en las Piernas/Los Pies | <input type="checkbox"/> Cara Enrojecida | <input type="checkbox"/> Náusea | <input type="checkbox"/> Dolor de Espalda |
| <input type="checkbox"/> Entumecimiento en los Brazos/Las Manos | <input type="checkbox"/> Repique (Zumbido) en los oídos | <input type="checkbox"/> Estreñimiento (Constipación) | <input type="checkbox"/> Nerviosismo | <input type="checkbox"/> Entumecimiento en las Piernas/Los Pies | <input type="checkbox"/> Pérdida del Equilibrio |
| <input type="checkbox"/> Sudores Fríos | <input type="checkbox"/> Tensión | <input type="checkbox"/> Falta de Aire | <input type="checkbox"/> Desmayo | <input type="checkbox"/> Fiebre | <input type="checkbox"/> Fatiga |
| <input type="checkbox"/> Irritabilidad | <input type="checkbox"/> Pérdida del Olfato | <input type="checkbox"/> Dolor en el Pecho/ en la Costilla | <input type="checkbox"/> Dolor en los Brazos/ las Manos | <input type="checkbox"/> Dolor en las Piernas/ Los Pies | <input type="checkbox"/> Dolor en la Mandíbula |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de Fuerza en los Brazos | <input type="checkbox"/> Dolor Muscular Ardiente | <input type="checkbox"/> Pérdida de Fuerza en las Piernas | <input type="checkbox"/> Tragar con Dificultad | <input type="checkbox"/> Dolor Agudo/Punzante | |

Más:

- | | | | | | |
|---|--|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> El Peor Dolor de Cabeza que he tenido en mi vida | <input type="checkbox"/> Vértigo | <input type="checkbox"/> Visión Doble/Borrosa | <input type="checkbox"/> Pérdida de Peso | <input type="checkbox"/> Vómito | <input type="checkbox"/> Caída Menor/ Menor |
| <input type="checkbox"/> Clase Nueva de Dolor de Cabeza | <input type="checkbox"/> Problemas del Habla | <input type="checkbox"/> Dificultad al Caminar | <input type="checkbox"/> Dolor en el Estómago | <input type="checkbox"/> Cambio en la Vejiga/ en la Defecación | <input type="checkbox"/> Trauma en la Cabeza |

Historial Médico

¿Ha visitado nuestra oficina en el pasado? No Sí

Fecha de su última consulta física con su médico: _____

Escriba Ud. una lista de accidentes previas (automóvil, lesiones en su trabajo, caídas, lesiones deportivas, etc) y dé la fecha del accidente:

1) _____ Fecha: _____

2) _____ Fecha: _____

3) _____ Fecha: _____

Favor de hacer una lista de cirugías previas, ingresos al hospital y enfermedades serias: _____

Favor de apuntar sus alergias: _____

¿Qué medicinas está Ud. tomando actualmente?

¿Para qué es cada medicina?

¿Tiene Ud. ahora o ha tenido antes:

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazón | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral | <input type="checkbox"/> Presión Alta | <input type="checkbox"/> Problemas del Tiroides |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Trastorno del Próstata | <input type="checkbox"/> Trastorno de los Riñones | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Úlcera | <input type="checkbox"/> Trastorno Convulsivo |

Muchísimas gracias por proveernos toda esta información.