

INFORMACIÓN SOBRE EL VEHÍCULO ACCIDENTE

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente _____ Fecha _____

Fecha del accidente _____ Hora del accidente _____ a.m. p.m.

Por favor, describa el accidente con sus propias palabras: _____

¿Era usted el: Conductor Pasajero del asiento delantero Pasajero del asiento trasero Peatón
 Cuántas personas se encontraban en el vehículo involucrado en el accidente? _____

LUGAR DEL ACCIDENTE

Calle _____

Ciudad/Estado _____

Intersección más cercana _____

Condiciones para la conducción Seco Húmedo Hielo Otros _____

¿En qué dirección iba usted? _____

¿A qué velocidad iba? _____

IMPACTO

¿Su auto se impactó contra otro vehículo? Sí No

¿Su auto se impactó contra una estructura? Sí No
 Si respondió sí, explique _____

¿Alguna parte de su cuerpo golpeó algo en el vehículo?
 Sí No Si respondió sí, explique _____

El impacto provino de la parte:
 Delantera Trasera Izquierda Derecha Otra _____

En el momento del impacto, usted estaba:
 Mirando hacia adelante Mirando hacia la derecha
 Mirando hacia la izquierda Mirando hacia abajo
 Mirando hacia arriba

¿Sus dos manos estaban sobre el volante? Sí No
 Si respondió no, ¿qué mano estaba sobre el volante?
 Derecha Izquierda

¿Su pie estaba sobre el freno? Sí No
 Si respondió sí, ¿cuál de sus pies estaba sobre el freno?
 Derecho Izquierdo

Usted: Se sorprendió con el impacto Estaba preparado para el impacto

VEHÍCULO

Marca y modelo del vehículo en el que usted iba: _____

¿Llevaba cinturón de seguridad? Sí No
 Si respondió sí, ¿de qué tipo? Falda Hombro

¿El vehículo estaba equipado con bolsas de aire? Sí No
 Si respondió sí, ¿se activaron correctamente? Sí No

¿Su asiento contaba con apoyacabeza? Sí No
 Si respondió sí, ¿cuál era la posición del apoyacabeza?
 Bajo Medio Alto

OTRO VEHÍCULO

Marca y modelo del otro vehículo _____

¿En qué dirección iba el otro vehículo? _____

Velocidad del otro vehículo _____

POLICÍA

¿Fue la policía al lugar del accidente? Sí No

¿Hubo algún testigo? Sí No

¿Se presentó un reporte policial? Sí No

¿Se emitió una constancia de violación de normas de tránsito? Sí No

Si la respuesta fue sí, ¿para quién? _____

ESTADO DEL PACIENTE

¿Quedó usted inconsciente inmediatamente después del accidente? Sí No

Si respondió sí, ¿durante cuánto tiempo? _____

Describe cómo se sintió inmediatamente después del accidente: _____

TRATAMIENTO

¿Fue usted al hospital? Sí No

¿Cuándo fue al hospital? Inmediatamente después del accidente Al día siguiente 2 días o más después del accidente

¿Cómo llegó al hospital? En ambulancia Por transporte privado

Nombre del hospital _____ Nombre del médico _____

Diagnóstico _____

Tratamiento recibido _____

Rayos X _____

SÍNTOMAS/LESIONES

¿Ha podido trabajar desde que sufrió esta lesión? Sí No ¿Cuántos días laborales debió faltar? _____

Antes de la lesión, ¿podía usted trabajar igual que otras personas de su edad? Sí No

Si ha tenido alguno de los siguientes síntomas desde la lesión, por favor marque:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dolor en el brazo/hombro | <input type="checkbox"/> Entumecimiento de los pies/dedos de los pies | <input type="checkbox"/> Dolor en el cuello |
| <input type="checkbox"/> Dolor en la espalda | <input type="checkbox"/> Entumecimiento de las manos/dedos de las manos | <input type="checkbox"/> Entumecimiento del cuello |
| <input type="checkbox"/> Rigidez de la columna | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar |
| <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho | <input type="checkbox"/> Irritabilidad | <input type="checkbox"/> Dificultad para dormir |
| <input type="checkbox"/> Mareos | <input type="checkbox"/> Problemas en la mandíbula | <input type="checkbox"/> Problemas estomacales |
| <input type="checkbox"/> Zumbidos en los oídos | <input type="checkbox"/> Dolor en la pierna | <input type="checkbox"/> Tensión |
| <input type="checkbox"/> Ruidos en los oídos | <input type="checkbox"/> Pérdida de memoria | <input type="checkbox"/> Visión borrosa |
| <input type="checkbox"/> Fatiga | <input type="checkbox"/> Náuseas | |

¿Este problema de salud está empeorando en forma progresiva? Sí No No sabe

Marcar con una X en la figura dónde continúa sufriendo dolor, entumecimiento o cosquilleo.

Calificar la gravedad del dolor en una escala de 1 (menos dolor) a 10 (gran dolor) _____

Tipo de dolor:

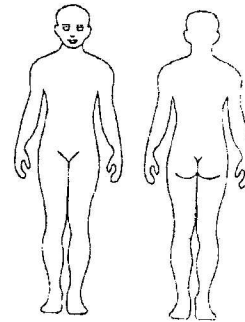
<input type="checkbox"/> Agudo	<input type="checkbox"/> Leve	<input type="checkbox"/> Pulsante	<input type="checkbox"/> Entumecimiento
<input type="checkbox"/> Angustiante	<input type="checkbox"/> Punzante	<input type="checkbox"/> Ardor	<input type="checkbox"/> Comezón
<input type="checkbox"/> Calambres	<input type="checkbox"/> Rigidez	<input type="checkbox"/> Hinchazón	<input type="checkbox"/> Otro _____

¿Con qué frecuencia siente este dolor? _____

¿Es constante o viene y se va? _____

¿Interfiere con su: trabajo sueño rutina diaria recreación?

Movimientos que le resulta doloroso realizar: Sentarse Pararse Caminar Inclinars Acostarse



Según mi real saber y entender, la información precedente es completa y correcta. Comprendo que es mi responsabilidad informar a mi médico si yo, o mi hijo menor de edad, experimentamos algún cambio en nuestro estado de salud.

Firma del paciente, padre/madre, tutor o representante personal

Fecha

Indicar nombre del paciente, padre/madre, tutor o representante personal

Relación con el paciente

REGISTRO E HISTORIAL QUIROPRÁCTICO

1 INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha _____

SS/HIG/ID Paciente _____

Nombre del Paciente _____
Apellido

Primer nombre Inicial del segundo nombre

Domicilio _____

Correo electrónico _____

Ciudad _____

Estado _____ Código postal _____

Sexo M F Edad _____

Fecha de nacimiento _____

Casado Viudo Soltero Menor

Separado Divorciado En pareja durante _____ años

Empleador/Escuela del paciente _____

Ocupación _____

Domicilio del empleador/escuela _____

Teléfono del empleador/escuela (_____) _____

Nombre del cónyuge _____

Fecha de nacimiento _____

SS# _____

Empleador del cónyuge _____

¿A quién podemos agradecer su referencia? _____

2 INFORMACIÓN DEL SEGURO

¿Quién es responsable de esta cuenta? _____

Relación con el paciente _____

Compañía de seguros. _____

Grupo # _____

¿El paciente está cubierto por algún seguro adicional? SI No

Nombre del suscriptor _____

Fecha de nacimiento _____ SS# _____

Relación con el paciente _____

Compañía de seguros. _____

Grupo # _____

CESIÓN Y DIVULGACIÓN
 Certifico que yo y/o mi(s) persona(s) a cargo contamos con cobertura de seguro de _____ y cedemos directamente al _____
 Nombre de la(s) Compañía(s) de Seguros

Dr. _____ todos los beneficios del seguro, si los hubiere, de otro modo pagaderos a mí por servicios prestados. Comprendo que soy responsable desde el punto de vista financiero por todos los cargos, sean o no pagados por el seguro. Autorizo el uso de mi firma en todos los documentos del seguro.

El médico arriba mencionado puede utilizar mi información sobre atención de salud y puede divulgar dicha información a la(s) Compañía(s) de Seguros arriba mencionadas y sus agentes con el fin de obtener el pago de los servicios y determinar los beneficios del seguro pagaderos por servicios relacionados. Este consentimiento terminará cuando se complete mi plan de tratamiento actual o un año después de la fecha de suscripción a continuación.

 Firma del paciente, padre/madre, tutor o representante personal

 Indicar nombre del paciente, padre/madre, tutor o representante personal

 Fecha

 Relación con el paciente

3 NÚMEROS DE TELÉFONO

Celular (_____) _____ Teléfono del Hogar (_____) _____

Mejor momento y lugar para contactar _____

EN CASO DE EMERGENCIA, COMUNICARSE CON

Nombre _____ Relación _____

Teléfono del hogar (_____) _____ Teléfono del trabajo (_____) _____

4 INFORMACIÓN DEL ACCIDENTE

¿El problema de salud se debe a un accidente? SI No Fecha _____

Tipo de accidente Auto Trabajo Hogar Otro

¿Ante quién presentó un reporte del accidente?

Seguro de automóvil Empleador Compañía de seguro laboral Otro

Nombre del abogado (si corresponde) _____

5 ESTADO DEL PACIENTE

Motivo de la visita _____

¿Cuándo comenzaron los síntomas? _____

¿Este problema de salud está empeorando en forma progresiva? SI No No sabe

Marcar con una X en la figura dónde continúa sufriendo dolor, entumecimiento o cosquilleo.

Calificar la gravedad del dolor en una escala de 1 (menos dolor) a 10 (gran dolor)

Tipo de dolor: Agudo Leve Pulsante Entumecimiento Angustiante Punzante

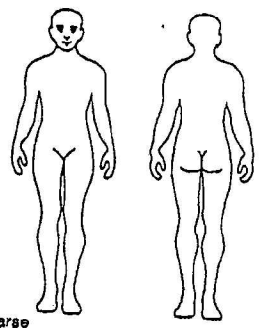
Ardor Comezón Calambres Rigidez Hinchazón Otro

¿Con qué frecuencia siente este dolor? _____

¿Es constante o viene y se va? _____

¿Interfiere con su trabajo sueño rutina diaria recreación

Actividades o movimientos que le resulta doloroso realizar Sentarse Pararse Caminar Inclinarsse Acostarse





HISTORIAL DE SALUD

¿Qué tratamiento ha recibido para este problema de salud? Medicamentos Cirugía Fisioterapia

Servicios quiroprácticos Ninguno Otro _____

Nombre y dirección de otro(s) médico(s) que lo han tratado por su problema de salud _____

Fecha del último: Examen físico _____ Rayos X de columna vertebral _____ Análisis de sangre _____

Examen de columna _____ Radiografía de tórax _____ Análisis de orina _____

Radiografía odontológica _____ Resonancia magnética, tomografía computada, densitometría _____

Marcar "sí" o "no" para indicar si ha tenido:

SIDA/VIH	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfisema	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Migraña	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad de transmisión sexual	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Alcoholismo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Epilepsia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Aborto espontáneo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Apoplejía	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Brotos de alergia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fracturas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Mononucleosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Intento de suicidio	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Anemia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Glaucoma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Esclerosis múltiple	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas de tiroides	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Anorexia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Bocio	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Papera	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Amigdalitis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Apendicitis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Gonorrea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Artritis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Gota	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Marcapasos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tumores, quistes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Asma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad de Parkinson	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fiebre tifoidea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Problemas de sangrado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hepatitis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Pinzamiento	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Úlceras	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Quiste de mama	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hernia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Neumonía	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Infecciones vaginales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Bronquitis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hernia de disco	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Polio	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tos ferina	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Bulimia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Herpes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problema de próstata	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Otros _____	
Cáncer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Alta presión sanguínea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Prótesis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Cataratas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Coolesterol Alto	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Asistencia psiquiátrica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Dependencia de fármacos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad renal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Artritis reumatoidea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Varicela	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad hepática	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fiebre reumática	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sarampión	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fiebre escarlata	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

EJERCICIO

- Ninguno
- Moderado
- Diariamente
- Intenso

ACTIVIDAD LABORAL

- Permanecer sentado
- Permanecer parado
- Trabajo liviano
- Trabajo intenso

HÁBITOS

- Fumar
- Alcohol
- Café/bebidas con cafeína
- Alto nivel de estrés

Paquetes por día _____
 Tragos por semana _____
 Tazas por día _____
 Motivo _____

¿Está usted embarazada? Sí No Fecha de parto _____

Lesiones/cirugías pasadas

Descripción

Fecha

Caidas	_____	_____
Lesiones en la cabeza	_____	_____
Huesos quebrados	_____	_____
Dislocamientos	_____	_____
Cirugías	_____	_____



MEDICAMENTOS

ALERGIAS

VITAMINAS/HIERBAS/MINERALES

Nombre de la farmacia _____

Teléfono de la farmacia (____) _____