

IANNUCCILLI

CHIROPRACTIC

INFORMACIÓN SOBRE ACCIDENTES AUTOMOVILÍSTICOS

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

La fecha de hoy: ____/____/____

Nombre: _____ SS#: _____
Primero Medio Último

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino

(si el paciente es menor de 18 años) Nombre del Padre/Tutor: _____

Teléfono del Padre/Tutor: _____

Dirección: _____
Nombre de la calle Apropiado # Ciudad Estado Cremallera

Teléfono celular: _____ Correo electrónico: _____@_____.com

Médico de Atención Primaria: _____ Teléfono del médico: _____

Contacto de emergencia: _____ Teléfono de contacto: _____

INFORMACIÓN DE ABOGADOS Y SEGUROS

Nombre del abogado: _____ Teléfono del abogado: _____

Dirección del abogado: _____

Nombre del seguro de automóvil: _____ Teléfono del seguro: _____

Nombre del seguro de salud: _____ Número de póliza: _____

*Por favor, presente su tarjeta de seguro en la recepción.

INFORMACIÓN DE EMPLEO

Está empleado? ☐ Sí ☐ No (En caso afirmativo) Nombre del empleador: _____ Ocupación: _____

Teléfono del empleador?: _____ Dirección del empleador: _____

Ha faltado al trabajo debido a este accidente? ☐ Sí ☐ No Última fecha de trabajo: _____

INFORMACIÓN SOBRE ACCIDENTES

Fecha del accidente ____/____/____ Hora: _____ Marca/modelo del coche en el que estabas: _____

El accidente estatal tuvo lugar en: ☐ RI ☐ MA ☐ Other: _____

Fuiste el?: ☐ Conductor ☐ Pasajero delantero ☐ Pasajero trasero ☐ Peatón

Llevabas puesto el cinturón de seguridad? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, de qué tipo?: ☐ Regazo ☐ Hombro

Se desplegaron las bolsas de aire? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, se producen lesiones? _____

En el momento del impacto estaba su coche: ☐ Detenido ☐ Conmoverse Si se mueve, a qué velocidad?: _____

Su automóvil impactó contra otro vehículo o estructura ☐ Sí ☐ No

Fue el impacto de la: ☐ Frente ☐ Trasero ☐ Izquierda ☐ Derecha ☐ Otro: _____

En el momento del impacto, ¿estabas buscando:

Todo derecho ☐ A la izquierda ☐ A la derecha ☐ Mirando hacia arriba ☐ Mirando hacia abajo

Describe cómo ocurrió el accidente con sus propias palabras: _____

Fuiste al hospital o consultaste a un médico? ☐ S ☐ N (En caso afirmativo) Nombre del hospital o médico: _____

Cómo llegaste al hospital o a los médicos? ☐ Ambulancia ☐ Transporte privado Cuando? _____

Se tomaron radiografías? ☐ Sí ☐ No Se administraron medicamentos? ☐ Sí ☐ No

IANNUCILLI

CHIROPRACTIC

INFORMACIÓN POLICIAL

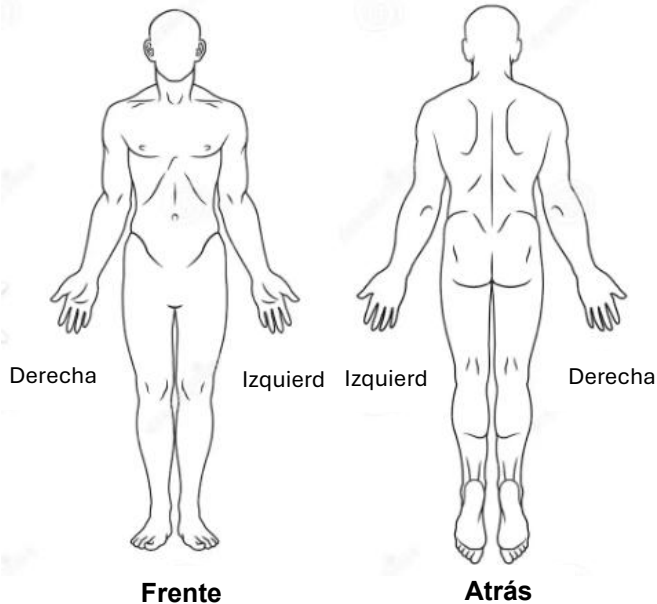
Acudió la policía al lugar del accidente? ☐ Sí ☐ No (En caso afirmativo, responda las preguntas a continuación)

Fue una denuncia policial presentada? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, ¿en qué ciudad/estado se presentó? _____

Si tiene un número de informe, indíquelo aquí: _____

INJURIES/SYMPTOMS

Marque las áreas de lesión o malestar en las imágenes a continuación. Indique el grado de dolor en todas las áreas marcadas utilizando una escala de 1 (menor dolor) por 10 (dolor intenso).



Ha tenido alguno de los siguientes síntomas desde su lesión? Marque todo lo que corresponda

- | | |
|--|---|
| ☐ Dolor de cuello | ☐ Fatigue |
| ☐ Dolor de espalda | ☐ Memory Loss |
| ☐ Arn/Dolor de hombro | ☐ Nausea |
| ☐ Dolor de rodilla | ☐ Shortness of Breath |
| ☐ Dolor en la pierna | ☐ Sleep Difficulty |
| ☐ Dolor en el pecho | ☐ Upset Stomach |
| ☐ Cefaleas | ☐ Tension |
| ☐ Mareos | ☐ Vision Blurred |
| ☐ Entumecimiento de manos/dedos | ☐ Entumecimiento de los pies/dedos de los pies |

Tipo de dolor – Marque todo lo que corresponda::

- | | |
|--|---|
| ☐ Afilado | ☐ Palpitante |
| ☐ Persistente | ☐ Arde |
| ☐ Calambres | ☐ Hinchazón |
| ☐ Insensibilizado | ☐ Entumecimiento |
| ☐ Tiroteo | ☐ Hormigueo |
| ☐ Rigidez | ☐ Otro: _____ |

Esta afección está empeorando progresivamente? ☐ Sí ☐ No Es constante? ☐ Sí ☐ No

Interfiere con su: ☐ Trabajo ☐ Sueño ☐ Rutina diaria ☐ Recreación ☐ Otros: _____

Actividades o movimientos que son dolorosos de realizar: ☐ Sentado ☐ De pie ☐ Caminando ☐ Agachado
☐ Acostado ☐ Alcanzar ☐ Levantar ☐ Empujar/tirar ☐ Posturas Prolongadas

HISTORIAL MÉDICO

Alguna vez ha tenido un accidente? ☐ Sí ☐ No (En caso afirmativo, explique) _____

Practicas meditación? ☐ Sí ☐ No (En caso afirmativo, enumere:) _____

Tienes algún problema de salud? ☐ Sí ☐ No (En caso afirmativo, enumere:) _____

Alguna vez te has sometido a una cirugía? ☐ Sí ☐ No (En caso afirmativo, enumere:) _____

A mi leal saber y entender, la información anterior es completa y correcta. Entiendo que es mi responsabilidad informar a mi médico si yo, o mi hijo menor de edad, alguna vez tenemos un cambio de salud.

Firma del paciente, padre o tutor

Fecha

Por favor, escriba el nombre de la patente, padre o tutor

Relación con el paciente