

# IANNUCCILLI

## CHIROPRACTIC

### FORMULARIO DE INFORMACIÓN SOBRE LESIONES PERSONALES

#### 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: \_\_\_\_\_

Cuántas horas trabajas en una semana laboral promedio? \_\_\_\_\_

Indique sus deberes laborales diarios y cualquier actividad que se le pida ocasionalmente: \_\_\_\_\_

#### INFORMACIÓN SOBRE INCIDENTES

Fecha del accidente \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_<sup>AM</sup>/<sub>PM</sub> En qué estado trabajas? ☐ RI ☐ MA ☐ Otro: \_\_\_\_\_

Había alguien más presente cuando ocurrió el incidente? ☐ Sí ☐ No (en caso afirmativo) Quién? \_\_\_\_\_

Reportó el incidente a su empleador? ☐ Sí ☐ No (en caso afirmativo) Cuándo? \_\_\_\_\_

Describe cómo ocurrió el incidente con sus propias palabras: \_\_\_\_\_

Acudió al hospital o consultó a un médico? Sí No

(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

### POLICE INFORMATION

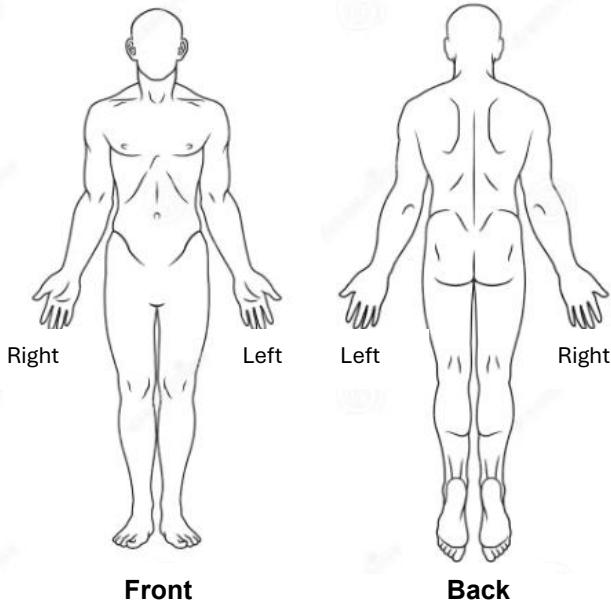
Did the police come to the scene of the accident/incident?: ☐ Yes ☐ No (if yes, please answer questions below)

Was a police report filed? ☐ Yes ☐ No (if yes) In what City/State was it filed? \_\_\_\_\_

If you have a report number, please provide it here: \_\_\_\_\_

### INJURIES/SYMPTOMS

Please mark the area(s) of injury or discomfort on the images below. Indicate the degree of pain on all marked areas using a scale of 1 (least pain) for 10 (severe pain).



Have you had any of the following symptoms since your injury? Check all that apply

- |                                               |                                              |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Neck Pain            | <input type="checkbox"/> Dizziness           |
| <input type="checkbox"/> Back Pain            | <input type="checkbox"/> Fatigue             |
| <input type="checkbox"/> Arm/Shoulder Pain    | <input type="checkbox"/> Memory Loss         |
| <input type="checkbox"/> Knee Pain            | <input type="checkbox"/> Nausea              |
| <input type="checkbox"/> Leg Pain             | <input type="checkbox"/> Shortness of Breath |
| <input type="checkbox"/> Feet/Toe Numbness    | <input type="checkbox"/> Sleep Difficulty    |
| <input type="checkbox"/> Hand/Finger Numbness | <input type="checkbox"/> Upset Stomach       |
| <input type="checkbox"/> Chest Pain           | <input type="checkbox"/> Tension             |
| <input type="checkbox"/> Headaches            | <input type="checkbox"/> Vision Blurred      |

Type of Pain – Check all that apply:

- |                                    |                                       |
|------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sharp     | <input type="checkbox"/> Throbbing    |
| <input type="checkbox"/> Aching    | <input type="checkbox"/> Burning      |
| <input type="checkbox"/> Cramps    | <input type="checkbox"/> Swelling     |
| <input type="checkbox"/> Dull      | <input type="checkbox"/> Numbness     |
| <input type="checkbox"/> Shooting  | <input type="checkbox"/> Tingling     |
| <input type="checkbox"/> Stiffness | <input type="checkbox"/> Other: _____ |

Is this condition getting progressively worse? ☐ Yes ☐ No Is it constant? ☐ Yes ☐ No

Does it interfere with your: ☐ Work ☐ Sleep ☐ Daily Routine ☐ Recreation ☐ Other \_\_\_\_\_

Activities or movements that are painful to perform: ☐ Sitting ☐ Standing ☐ Walking ☐ Bending ☐ Lying Down  
☐ Reaching ☐ Lifting ☐ Pushing/Pulling ☐ Prolonged Postures

### MEDICAL HISTORY

Have you ever been in an accident before? ☐ Yes ☐ No (if yes, explain) \_\_\_\_\_

Do you take medication? ☐ Yes ☐ No (if yes, list:) \_\_\_\_\_

Do you have any health problems? ☐ Yes ☐ No (if yes, explain:) \_\_\_\_\_

Have you ever had surgery? ☐ Yes ☐ No (if yes, explain:) \_\_\_\_\_

To the best of my knowledge, the above information is complete and correct. I understand that it is my responsibility to inform my doctor if I, or my minor child, ever have a change and health.

\_\_\_\_\_  
Signature of Patient, Parent, or Guardian

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Please print name of Patient, Parent or Guardian

\_\_\_\_\_  
Relationship to Patient

**IANNUCCILLI**  
CHIROPRACTIC