

# IANNUCCILLI

## CHIROPRACTIC

### INFORMACIÓN DE ACCIDENTES / LESIONES DE COMPENSACIÓN LABORAL

#### 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 ACCIDENTES/LESIONES

Fecha del accidente \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ En qué estado trabajas? ☐ RI ☐ MA ☐ Otro: \_\_\_\_\_

El accidente/lesión del estado tuvo lugar en: ☐ RI ☐ MA ☐ Otro: \_\_\_\_\_

##### **Si esto fue un Accidente de Vehículo Motorizado, por favor complete esta sección:**

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 impacto estabas buscando?: ☐ Adelante ☐ A la izquierda ☐ A la derecha ☐ Hacia arriba ☐ Abajo

##### **Si esto NO estuvo relacionado con un accidente automovilístico, complete esta sección:**

Había alguien más presente durante su accidente? ☐ Sí ☐ No (en caso afirmativo) Quién? \_\_\_\_\_

Reportó su accidente a su empleador? ☐ Sí ☐ No (en caso afirmativo) Cuando? \_\_\_\_\_

# IANNUCILLI

## CHIROPRACTIC

### INFORMACIÓN SOBRE ACCIDENTES/LESIONES Continuación

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

Fuiste al hospital o consultaste 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

### INFORMACIÓN POLICIAL

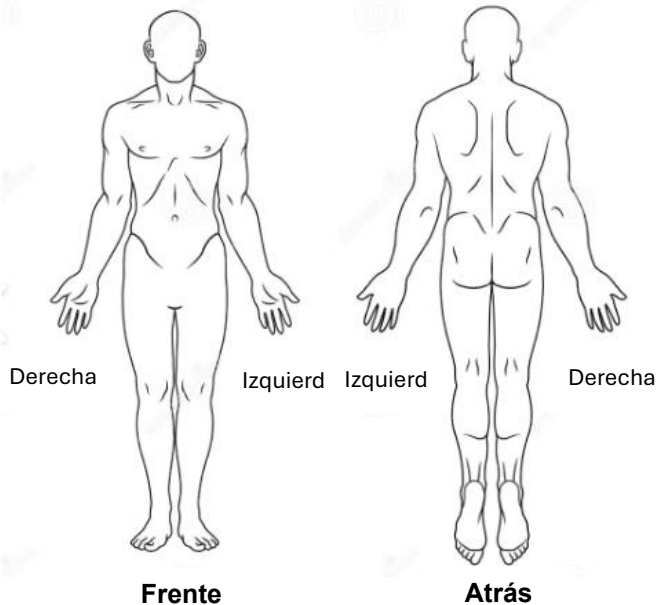
Acudió la policía al lugar del accidente?: ☐ Sí ☐ No (En caso afirmativo, responda las preguntas a continuación)

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

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

Tipo de dolor – Marque todo lo que corresponda:

- |                                          |                                         |
|------------------------------------------|-----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Afilado         | <input type="checkbox"/> Palpitante     |
| <input type="checkbox"/> Persistente     | <input type="checkbox"/> Arde           |
| <input type="checkbox"/> Calambres       | <input type="checkbox"/> Hinchazón      |
| <input type="checkbox"/> Insensibilizado | <input type="checkbox"/> Entumecimiento |
| <input type="checkbox"/> Tiroteo         | <input type="checkbox"/> Hormigueo      |
| <input type="checkbox"/> Rigidez         | <input type="checkbox"/> 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:) \_\_\_\_\_

# IANNUCCILLI

## CHIROPRACTIC

**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