

DeCrescenzo Chiropractic

Auto Injury Form

INFORMACION GENERAL

Fecha: ____ / ____ / ____

Nombre: _____ SS #: _____
Primer Nombre Segundo Nombre Apellido

Dirección: _____
№ Calle № de Apartamento Ciudad Estado Código Postal

Edad: ____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: ☐ Mujer ☐ Hombre Estado Civil: _____

Numero de teléfono: _____ Numero de Celular: _____

Numero de trabajo: _____ Correo Electrónico: _____ @ ____ .con

Empleador: _____ Ocupación : _____

Contacto de Emergencia: _____ Numero: _____ Relación: _____

Doctor Primario: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____

INFORMACION SOBRE EL ACCIDENTE:

Fecha del accidente: _____ Modelo y año del vehículo en cual estabas: _____

Eras un peatón? _____ Nombre de su propia compañía de seguro de auto _____

Modelo y año del otro vehículo: _____ Velocidad del otro vehículo: _____

Ciudad Y Estado del accidente: _____

Que departamento de la policía respondieron a la vista _____ Se presento un informe? _____

Estaba usted en horas de trabajo o manejando el carro de la compañía cuando ocurrió el accidente? Si o No
Ocurrió el accidente en un estacionamiento? Si o No

Fue usted el: ☐ Conductor ☐ Pasajero del frente ☐ Pasajero del asiento trasero ☐ Peatonal

Cuantas personas habían en el vehículo al momento de impacto? _____

Tenia usted el cinturón de seguridad puesto? ☐ Si ☐ No Si es así, Que tipo: ☐ Hombro ☐ Regazo

El impacto hizo q las bolsas de aire estallaran? ☐ Si ☐ No Las bolsas de aire te causaron lesiones? ____ Su vehículo
estaba: ☐ Parado ☐ En movimiento al momento de impacto?

Velocidad a la que viajaba? _____

Fue usted: ☐ Sorprendido por el impacto ☐ Preparado para el impacto

En el momento de impacto estaba usted:

☐ Mirando hacia al frente ☐ a la izquierda ☐ a la derecha ☐ hacia abajo ☐ hacia arriba

El impacto fue de: ☐ Frente ☐ Parte Trasera ☐ Izquierda ☐ Derecha ☐ otro: _____

Su carro impacto a otro vehículo? ☐ Si ☐ No Su carro impacto alguna estructura? ☐ Si ☐ No

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

Alguna parte de su cuerpo impacto algo en el vehículo? ☐ Si ☐ No Si es así, por favor explique: _____

CONDICION Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE:

¿Perdió usted el conocimiento? ☐ Si ☐ No Si es así, por cuanto tiempo? _____

Cuales fueron sus síntomas después del accidente? _____

Fue usted al hospital? ☐ Si ☐ No Si es así, a que hospital fue: _____

Cuando? ☐ Inmediatamente después del accidente ☐ Mas tarde en el día ☐ Al otro día ☐ Otro: _____

Fue transportado en ambulancia al hospital? ☐ Si ☐ No Tiene las siguientes: ☐ Raspaduras ☐ Moretones ☐ Cortadas

Le tomaron rayos X? ☐ Si ☐ No En que parte del cuerpo? _____

Le tomaron otras pruebas? ☐ Si ☐ No Si es así, que pruebas? _____

Le recetaron medicamentos? ☐ Si ☐ No Si es así, que medicamento? _____

Esta embarazada? ☐ Si ☐ No Si es así, fecha de probable parto: _____

Fuma cigarrillos? ☐ Si ☐ No Toma alcohol? ☐ Si ☐ No Si es así cada cuanto toma? _____

SINTOMAS/ LESIONES:

Ha sido capaz de trabajar desde el accidente? ☐ Si ☐ No Cuantos días de trabajo ha perdido? _____

Por favor, marque sus síntomas desde su accidente:

☐ Dolores de cabeza ☐ Dolor de cuello ☐ Rigidez en el cuello ☐ Dolor mandibular

Dolor de brazo ☐ derecho/☐ izquierdo Dolor del hombro ☐ derecho/☐ izquierdo ☐ Dolor de pecho

☐ Adormecimiento/☐ dolor en su ☐ mano/☐ dedo/☐ derecha/☐ izquierda ☐ Dolor de pierna

☐ Adormecimiento/☐ dolor de ☐ pie/☐ dedos de los pies/☐ derecho/☐ izquierdo ☐ Rigidez de espalda

☐ Dolor de ☐ rodilla/☐ tobillo/☐ derecho/☐ izquierdo ☐ Dolor de media espalda ☐ Dolor de espalda baja

☐ Dolor de cadera derecho/izquierdo ☐ Mareos ☐ Nauseas ☐ Fatiga ☐ Dificultad durmiendo ☐ Dolor abdominal ☐ Dificultad al mover la cabeza hacia la izquierda/derecha ☐ Visión borrosa ☐ Pérdida de audición/equilibrio Cuando tose o estornuda aumenta el dolor? ☐ Si ☐ No

Sus síntomas están empeorando? ☐ Si ☐ No Son constantes o van y vienen? _____

Por favor califique la severidad de su dolor del 1 (poco dolor) al 10 (dolor severo): _____

Tipo de dolor: agudo calambre palpitante ardiente punzante

INFORMACION DE SEGURO/ABOGADO:

Cual es el nombre de su seguro de auto y numero de póliza? _____

Cual es el nombre del seguro del otro vehículo? _____

Cual es su numero de reclamo: _____

Tiene usted un abogado? ☐ Si ☐ No

Cuál es el nombre de su abogado? _____

Tiene usted seguro medico? ☐ Si ☐ No

En caso afirmativo, dar su tarjeta de seguro a la recepción

POLICIA:

La policía fue al lugar del accidente? ☐ Si ☐ No

Habían testigos? ☐ Si ☐ No

Se hizo un informe policial? ☐ Si ☐ No

Favor dar una copia a recepción

Fue una violación de tráfico emitido? ☐ Si ☐ No

Para quien? _____

A lo mejor de mi conocimiento, la información anterior es completa y correcta. Entiendo que es mi responsabilidad informar a mi medico, si yo o mi hijo menor de edad, tiene algún cambio en salud.

Firma del paciente, padre, tutor o representante personal

Fecha

Por favor escriba el nombre del paciente, padre, tutor o representante personal

Relación al paciente