

DeCrescenzo Chiropractic

Formulario de Heridas Personales

INFORMACION GENERAL

Fecha: ___ / ___ /20___

Referido Por: _____

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

Dirección: _____
Numero Calle Apartamento Ciudad Estado Código Postal

Edad: ___ Fecha: _____ Sexo: Hombre Mujer Status Matrimonial: _____

Teléfono de Casa: _____ Teléfono Celular: _____

Teléfono del Trabajo: _____ Correo Electrónico: _____@_____.con

Empleador: _____ Ocupación: _____

Contacto de Emergencia: _____ Relación: _____

Teléfono: _____

INFORMACION DE LA HERIDA:

Fecha del Incidente: _____

¿En donde ocurrió la herida?: _____

Ciudad y Estado en donde ocurrió la herida: _____

Por favor describa el incidente en sus propias palabras: _____

¿Alguna parte de su cuerpo impacto algo? SI No Si su respuesta fue si, por favor explique: _____

¿Quien es responsable de sus les heridas? _____

¿Ocurrió su herida en un establecimiento comercial? Si No

Si su respuesta fue si, por favor indique el Nombre y Dirección del negocio: _____

¿Conoce la información del seguro de la persona responsable? Si No

Si su respuesta fue si, por favor indique el Nombre, Dirección y Numero Telefónico del Seguro: _____

¿Llego la policía a la escena? Si No

¿Se hizo un informe policial? Si No

¿Tuvo dolor de inmediato después del incidente? Si No

¿Le están afectando sus actividades diarias esas heridas? Si No

CONDICION Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE:

¿Perdió el conocimiento? **Si** No ¿Si su respuesta fue si, por cuanto tiempo? _____

¿Cuales son sus síntomas después del incidente? _____

¿Fue al hospital? **Si** No ¿Si su respuesta fue si, a que hospital? _____

¿Cuando fue? Inmediatamente después del incidente Mas tarde ese día El día siguiente Otro: _____

¿Fue transportado por ambulancia? **Si** No ¿Tiene lo siguiente? Cortadas Raspaduras Moretes

¿Le hicieron rayos-x? **Si** No En caso afirmativo, ¿que parte de su cuerpo? _____

¿Le hicieron otros exámenes? **Si** No En caso afirmativo, ¿que exámenes? _____

¿Le prescribieron medicamentos? **Si** No En caso afirmativo, ¿que medicamento? _____

¿Esta embarazada? **Si** No Si su respuesta fue si, para que fecha esta: _____

¿Fuma? **Si** No En caso afirmativo, cuanto: _____ ¿Bebe alcohol? **Si** No En caso afirmativo, cuanto: _____

SINTOMAS/HERIDAS:

¿Ha podido trabajar después de esta herida? Si No ¿Cuantos días ha perdido? ____

Por favor marque sus síntomas desde su herida:

Dolor de cabeza Dolor de cuello Rigidez de cuello Dolor mandibular

Dolor de brazo derecho izquierdo Dolor de hombro derecho izquierdo

Dolor/adormecimiento de mano dedos derecho izquierdo Dolor de espalda media

Rigidez de espalda Dolor de pecho Dolor de espalda baja Dolor de cadera derecha izquierda

Dolor de pierna derecho izquierda Dolor de rodilla tobillo derecho izquierda

Dolor/adormecimiento de pie dedos derecho izquierdo

Mareos Nauseas Fatiga Dificultad al dormir Dolor abdominal

Dificultad al girar su cabeza hacia la derecha izquierda Visión borrosa Perdida de audición/Balance

¿Al toser o estornudar, le aumenta su dolor? Si No

¿Están empeorando sus síntomas? Si No ¿Son constantes o van y vienen? _____

Del 1 (dolor mínimo) al 10 (dolor severo) por favor indique la gravedad de su dolor _____

INFORMACION DE SEGURO/ABOGADO:

¿Ha hecho un reclamo con una compañía de seguro?

Si No

Cual es el número de reclamo: _____

¿Tiene un abogado? Si No

En caso afirmativo, ¿cual es su nombre? _____

¿Tiene seguro medico? Si No

En caso afirmativo, por favor de su tarjeta de seguro a la secretaria.

POLICIA:

¿Llego la policía a la escena del accidente? Si No

¿Hubieron testigos? Si No

¿Hizo un reporte policial? Si No

Si su respuesta fue si, por favor entregue una copia a la secretaria.

A lo mejor de mi conocimiento, la información anterior esta 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