

DeCrescenzo Chiropractic

Formulario de una Caída

INFORMACION GENERAL:

Fecha: _____ / _____ /20_____

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

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

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

Numero de teléfono: _____ Numero de celular: _____

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

Empleador: _____ Ocupación: _____

Numero de teléfono de contacto: _____

INFORMACION SOBRE EL ACCIDENTE:

Fecha de accidente: _____

Donde ocurrió la caída? _____

¿Sabe usted la información del seguro responsable donde ocurrió la caída? Si No

Si sabe la información: El nombre del seguro, dirección y numero de teléfono: _____

Qué estaba haciendo antes de ocurrir el accidente? _____

Vio usted el obstáculo o condición que causó su caída? Si No

Condición de la superficie para caminar: Seco Barro (pantano) Nieve/hielo Mojado

Ubicación: Entrada/Salida Pasillo Estacionamiento Acera/Pasarela Escaleras/Escalones
 Rampa Baño Otro: _____

En qué tipo de superficie se cayó usted? _____

Se callo usted: Hacia adelante Hacia atrás? En el lado: Derecho Izquierdo

Estaba usted mirando: Hacia adelante Hacia abajo Hacia a la izquierda Hacia a la derecha

Hubo señales de precaución colocados cerca del lugar del accidente? Si No

De que altura te caíste? _____ Como de cuantas escaleras cayo? _____

Por favor describa el accidente en sus propias palabras: _____

Tuvo dolor inmediato después de el accidente? Si No

Sus síntomas afectan sus actividades diarias? Si No

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 en la mandíbula

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 Perdida de

audición/equilibrio Cuando tose o estornuda aumenta el dolor? Si No

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

INFORMACION DE SEGURO/ABOGADO:

Cual es el nombre de su seguro de automóvil?

Cual es su numero de póliza? _____

Cual es su numero de reclamo: _____

Tiene usted abogado? Si No

En caso afirmativo, cuál es su nombre? _____

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

En caso afirmativo, 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 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 or representante personal

Fecha

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

Relación al paciente