



Physical Therapy • Chiropractic • Rehab

## DATOS PERSONALES

Fecha \_\_\_\_\_ Número de Archivo \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

## SEGURO ADICIONAL

Clase de seguro \_\_\_\_\_

Nombre de la compañía \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado(a) \_\_\_\_\_

# de póliza \_\_\_\_\_ # de este reclamo \_\_\_\_\_

# SS del asegurado(a) \_\_\_\_\_ D.O.B. \_\_\_\_\_

Empleador del asegurado(a) \_\_\_\_\_

Nombre del agente de seguros \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DE ACCIDENTES

Fecha y hora del accidente \_\_\_\_\_  a.m.  p.m.

Era usted el  Conductor  Pasajero asiento de adelante  Pasajero asiento de atrás

Si hubo una violación de tráfico, ¿quién recibió la citación?  
\_\_\_\_\_

¿Cuántas personas iban en el vehículo accidentado? \_\_\_\_\_

¿La Policía visitó el lugar del accidente?  Sí  No

¿Sabe si la policía llenó un reporte de lo ocurrido?  Sí  No

¿Hubo testigos?  Sí  No

¿Tenía el cinturón de seguridad abrochado?  Sí  No

¿Tenía el vehículo bolsas de aire?  Sí  No

Si las tenía, ¿se inflaron?  Sí  No

En relación a la base de su cráneo, ¿donde estaba la cavecera de su asiento?

Alta  Baja  A la base de su cráneo

¿Contra que se accidentó?  Otro vehículo  Otro

Si es otro, explique \_\_\_\_\_

¿Se golpeó alguna parte de su cuerpo con el vehículo?  Sí  No

En caso de golpe, por favor describa \_\_\_\_\_

Marca y modelo del vehículo que usted ocupaba \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre del área o calle en que usted viajaba \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿En que dirección se dirigía usted?  N  S  E  O

¿Cuál era la velocidad aproximada de su vehículo? \_\_\_\_\_

¿En que lugar fué impactado su vehículo?

Frente  Detrás  Lado derecho  Lado izquierdo  Otro \_\_\_\_\_

Durante el impacto, usted estaba mirando a

la derecha  izquierda  hacia adelante

¿Usted?  se dió cuenta o  fué sorprendido por impacto?

Marca y modelo del otro vehículo \_\_\_\_\_

Dirección en que ese otro vehículo se dirigía  N  S  E  W

Velocidad de ese otro vehículo \_\_\_\_\_

En sus propias palabras, por favor describa el accidente \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

CONTINUA AL DORSO

## DESPLIES DE LA LESION

Cayó usted inconsciente  Sí  No

Sí respondió que sí, ¿por cuanto tiempo? \_\_\_\_\_

Por favor describa como se sintió inmediatamente después del accidente \_\_\_\_\_

¿Ha ido al hospital o visto cualquier otro médico?  Sí  No

¿Cuando fué?  Inmediatamente  Al próximo día  Después de dos días

¿Cómo llegar?  Ambulancia  Transporte particular

Nombre del hospital y del doctor que la atendió \_\_\_\_\_

El título del doctor es  D.C  M.D.  D.O.  D.D.S.

Describe los tratamientos que recibió \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Le tomaron radiografías?  Sí  No

¿Le prescribieron medicamentos?  Sí  No

¿Ha podido trabajar después de accidente?  Sí  No

¿Tiene usted impedimentos en su trabajo a consecuencia de la lesión?

Sí  No ¿Ha contratado a un abogado?  Sí  No

Nombre \_\_\_\_\_

y número de teléfono \_\_\_\_\_

Indique los síntomas que han resultado de éste accidente

- Dolor en el cuello  Vértigo  Problemas de la mandíbula  Náuseas  
 Pies/dedos insensibles  Insomnio  Dolor en brazos/hombros  Dolor de espalda  
 Dolor de cabeza  Irritabilidad  Dedos/Manos insensibles  Respiración corta  
 Visión borrosa  Fatiga  Dolores en el pecho  Espalda rígida  
 Zumbido en los oídos  Tensión  Dolor en la espalda baja  Dolor de piernas  
 Trímbr en los oídos  Cuello rígido  Malestar de estómago  Desmemoriado

Indique el nivel de dolor cuando hace alguna de las siguientes actividades

	Cómodo	Incómodo	Doloroso
Acostado boca arriba	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acostado de lado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acostado boca abajo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estirandose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relación Sexual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Caminando	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Corriendo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haciendo deportes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trabajando	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Levantando algo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inclinandose o doblandose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Arrodillandose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jalando	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alcanzando	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Su condición ha empeorado?  Sí  No  Es constante  Va y viene

## RECUPERACION

¿Cuántas horas al día trabaja? \_\_\_\_\_

Por favor indique con las actividades que usted normalmente hace en su trabajo.

- Esta de pie  Conduce  Usa maquinaria  
 Esta sentado  Gira su cuerpo  Trabaja con las manos elevadas  
 Camina  Gatea/arrastra  Escribe a máquina  
 Levanta  Inclinars/doblarse  Agachado  
 Otros \_\_\_\_\_

¿En que posiciones puede trabajar con un mínimo esfuerzó físico y por cuanto tiempo? \_\_\_\_\_

Antes de lesionarse, ¿podia usted trabajar igual que otras personas de su ead?  Sí  No  N/A ¿Trabaja usted con personas que puedan ayudarle levantar cosas pesadas?  Sí  No  N/A

Mientras se recupera, ¿hay algún trabajo suave que pueda usted solicitar?  Sí  No  N/A

Sí alguna información médica o financiera a cambiado, per favor informe a nuestro personal. Recuerde que usted es últimamente responsable por su cuenta.

**Firma** \_\_\_\_\_

**Fecha** \_\_\_\_\_

**Solo para uso interno**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_