

# Accident Chiropractic

1111 W Spruce St STE 28

Yakima, WA 98902

509-452-1111

## PACIENTE INFORMATION

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_  
Direccion: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_ Codigo postal: \_\_\_\_\_  
Sexo: M F Edad: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Cellular#: \_\_\_\_\_ Trabajo#: \_\_\_\_\_  
Correo Electronico: \_\_\_\_\_  
SS# \_\_\_\_\_  
  
Ocupacion y Empleador: \_\_\_\_\_  
Dr. Familiar Nombre y #: \_\_\_\_\_  
  
Como escucho de nosotros?  
\_\_\_\_\_  
Radio: \_\_\_\_\_  
T.V.: \_\_\_\_\_

## ASEGURANSA INFORMACION

Numero de Reclamo#: \_\_\_\_\_  
Reclamador: \_\_\_\_\_  
Numero de Reclamador: \_\_\_\_\_  
  
Aseguransa de la Tercer persona #3:  
\_\_\_\_\_  
Su Abogado Nombre y Telefono: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Su seguro de vehiculo portador: \_\_\_\_\_  
Poliza #; \_\_\_\_\_  
Reclamacion #: \_\_\_\_\_  
Seguro de auto de Conducir: \_\_\_\_\_  
Seguro de Salud:  
Nombre: \_\_\_\_\_  
ID # \_\_\_\_\_  
Telefono # \_\_\_\_\_

## ACCIDENTE INFORMACION

Esta condicion es debido al accidente de:  
 Coche  Trabajo  
Fecha De Accident: \_\_\_\_\_  
Lugar: \_\_\_\_\_  
Usted era el /la  conductor  pasajero delantero  
  
 pasajero trasero  pedestre  Trabajador lastimado  
  
El golpe fue de:  Frente  Lado de pasajero  Lado de conductor  Trasero  Otro \_\_\_\_\_  
Cuántas personas había en el vehículo? \_\_\_\_\_  
Estaba usando cinturon de seguridad?  Si  No  
Se desplegaron las bolsas de aire?  si  no Se golpeo alguna parte de su cuerpo en el:  
 Coche  Trabajo Que parte? \_\_\_\_\_  
Perdio la conciencia?  Si  No  
Fue al hospital?  Si  No  
Cual hospital? \_\_\_\_\_  
Cuando fue?  Inmediatamente  Otro \_\_\_\_\_  
Fue por medio de ambulancia?  Si  no  
Le tomaron radiografias?  Si  No  
Medicamentos administrados?  Si  No  
Ha trabajado desde el accidente?  Si  No  
Ha tenido accidentes anteriormente?  Si  No

El dolor interfiere con su :  
  
 Trabajo  Dormir  Recreacion  
 Actividades diarias Other: \_\_\_\_\_  
  
Movimientos causan dolor al :  
  
 Sentarse  De pie  Flexionar  Caminar  Doblar  
 Acostarse  
Otro: \_\_\_\_\_  
  
Ha tenido uno de los siguientes problemas?  
  
 Dolor de hombro  Dolor de pecho  Fatiga  
 Dolor de espalda  Zumbido de oidos  Ansiedad  
 Rigidez en la espalda  Dificultad para dormir  
 Depresion  Dolor de cuello  Vision borrosa  
 Irritabilidad  Rigidez en el cuello  
 Perdida de memoria  Dolor muscular  Evita ruidos  
 Dolor de cabeza  Evita la luz  
 Adormecimiento del brazo/mano  
 Adormecimiento de pierna/pie  Dolor de brazo  
 Dolor de barriga  Problemas de la mandibula  
 Dolor de pierna



Que tratamiento ha recibido desde su condicion?  Medicamento  Cirujia  
 Terapia Fisica  Servicios Quiropracticos  Ninguno  Otro: \_\_\_\_\_  
Nombre y telefono # de otro Dr. Vistos: \_\_\_\_\_  
Ha tenido alguna de las siguientes? **Pulmunar (relacionado con el pulmon)**  
 Asma dificultad de la respiracion  COPD  Enfismea  Otro \_\_\_\_\_  Ninguno de lo anterior  
Ha tenido alguna de las siguientes? **Cardiovascular (relacionado con el corazon)**  
 Ataque al corazon  Problemas del corazon  Hipertension  Marcapasos  Otro \_\_\_\_\_  
Ha tenido alguna de las siguientes? **Neurologico (relacionado con nervios)**  
 Vision cambio/ perdida de vision  Una cara debil o el cuerpo  Convulsiones  Dolores de Cabeza  
 Perdida de memoria  Temblores  Vertigo  Trazos  Otro \_\_\_\_\_  
Ha tenido alguna de las siguientes? **Endocrino (relacionado con glandulares/hormonal)**  
 Tiroides  Terapia de reemplazo hormonal  Diabetes  Otros \_\_\_\_\_  
Ha tenido alguna de las siguientes? **Renal (relacionado con el rinon)**  
 Sangre en la orina  Incontinencia (no puede controlar)  Infeccion en la vejiga  Otro \_\_\_\_\_  
Ha tenido alguna de las siguientes? **Gastroenterologia (relacionado con el estomago)**  
 Nauseas  Dificultad para deglutir  Ulceras  Dolor abdominal  Hernia  Estrenimiento  
 Higado  Sangre ne las heces  Vomito de sangre  Incontenencia intestinal  Otro \_\_\_\_\_  
Ha tenido alguna de las siguientes? **hematologico (relacionado con la sangre)**  
 Anemia  Anti-Inflamatorios (Motrin/Ibuprofen/Naproxen/Naprosyn/Aleve)  VIH Positivo  
 Hemofilia  Anticoagulante  Coagulos de sangre  Otro \_\_\_\_\_  
Ha tenido alguna de las siguientes? **Dermatologico (relacionados con la piel)**  
 Quemaduras  Erupicon  Injertos de piel  Trastornos psoriasisicas  Otro \_\_\_\_\_  
Ha tenido alguna de las siguientes? **Musculosqueleticos (relacionado con los musculos/huesos)**  
 Artritis  Gota  Fractura Espinal  Cirujia de la columna  Escoliosis  Implantes metalicos  
Ha tenido alguna de las siguientes? **psicologia**  
 Diagnostico Psiquiatrico  Depresion  Bipolar  Esquizofrenia  Otro \_\_\_\_\_

### Historia Familia

- Cancer
- Enfermedad Cardiaca
- Artritis
- Enfermedad Neurologica
- Trastornos de Coagulacion
- Paro Cardiaco
- Migranas
- Diabetes
- Osteoporosis
- Otro \_\_\_\_\_

### Ejecicio

- Ninguno
- Moderado
- Diario
- Pesado

### Nivel de Trabajo

- Sentado
- Parado
- Trabajo Lijero
- Trabajo Pesado

### Historia Social

Descripcion del Trabajo: \_\_\_\_\_  
Actividades Rereativas: \_\_\_\_\_

### Habitos

- Fumar
- Alcohol
- Cafe/Cafeina
- Alta tension

Esta Embarazada?  Si  No Fecha de Vencimiento de Embarazo: \_\_\_\_\_

Cirujias Previas:  Espalda  Cuello  Corazon  Otras: \_\_\_\_\_

Medicamentos: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_