



Información de pacientes nuevos

Nombre: _____ Fecha de la lesión/enfermedad: ____/____/____
 Fecha de nacimiento: ____/____/____ Sexo: M / F # Seguro Social _____
 Dirección: _____ #Apto _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
 # Teléfono celular: (____) _____ - _____ Otro # teléfono: (____) _____ - _____
 # Teléfono de trabajo: (____) _____ - _____ Correo electrónico: _____
 Contacto de emergencia: _____ Relación: _____
 # Teléfono contacto: (____) _____ - _____ Correo electrónico: _____

Parte asegurada o responsable (si es distinto al paciente)

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ # Seguro Social _____
 Dirección: _____ #Apto _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Información sobre la lesión y el seguro

Fecha de la lesión ____/____/____
 ¿Cómo fue lesionado? Accidente automotriz Accidente laboral Otro: _____
 Seguro automotriz o Compensación Laboral _____ # Reclamo _____
 Persona de contacto del seguro: _____ Teléfono: (____) _____ - _____
 Aseguradora de parte responsable _____ Reclamo # _____
 Persona de contacto del seguro: _____ Teléfono: (____) _____ - _____
 Aseguradora de salud: _____ Titular de la Póliza: _____
 # Póliza _____ # Grupo _____ Teléfono: (____) _____ - _____

Información general

¿Cómo supo de nuestra clínica? _____
 Médico referente: _____ Teléfono: (____) _____ - _____
 ¿Tiene usted abogado? Si / No
 Abogado / Escritorio jurídico: _____ Teléfono: (____) _____ - _____

Firma del Paciente/Parte Responsable: _____ Fecha: ____/____/____

La vida no puede esperar.

Nombre del Paciente: _____ Fecha de la lesión: ____/____/____

Si fue lastimado en un accidente de tránsito, sírvase llenar la información siguiente

¿Cuál era su posición? Conductor Pasajero Peatón Otro: _____

¿De qué lado fue el impacto? Trasero Delantero Conductor Pasajero Otro: _____

¿Estaba usando su cinturón de seguridad? Si / No ¿Se activaron las bolsas de aire? Si / No

¿Al momento del impacto usted miraba hacia: Arriba Abajo Derecha Izquierda Justo al frente

¿Estaba su pie en el freno? Si / No En caso de "sí": Pie derecho Pie izquierdo Ambos pies

¿Estaban sus manos en el volante? Si / No En caso de "sí": Mano derecha Mano izquierda Ambas manos

¿Se golpeó alguna otra parte de su cuerpo? Si / No En caso de "sí", explique: _____

¿Perdió la conciencia? Si / No En caso de "sí", explique: _____

¿Fue al hospital o sala de urgencias? Si / No En caso de "sí", ¿a dónde fue?: _____

¿Cuánto tiempo después del accidente fue a recibir atención? Inmediatamente Al día siguiente 2 días o más

¿Cuáles fueron las lesiones diagnosticadas en el hospital o sala de urgencias? _____

¿Le efectuaron radiografías o imágenes? Si / No En caso de "sí", explique: _____

Historial Médico

¿Está bajo cuidados médicos por alguna enfermedad? Si / No

En caso de "sí", ¿Quién es su médico? _____

Liste los medicamentos que está tomando: _____

Liste cualquier alergia a medicamentos que tenga _____

Liste sus hospitalizaciones previas:

Año: _____ Hospital: _____ Razón: _____

Año: _____ Hospital: _____ Razón: _____

Otras lesiones/enfermedades/cirugías de seriedad:

Año: _____ lesiones/enfermedades/cirugías: _____

Año: _____ lesiones/enfermedades/cirugías: _____

Historial Social y Familiar

Ocupación: _____

Su trabajo requiere levantar cargas pesadas? Si / No

¿Usted usa alguno de los siguientes? Alcohol Tabaco Narcóticos Otros: _____

¿Tiene algún familiar con una condición médica seria que deberíamos saber? Si / No

En caso de "sí", explique: _____

La vida no puede esperar.

Información del accidente

Por favor describa el accidente o lesión en sus propias palabras: _____

¿Cuál es su grado actual de dolor actual, escoja entre el **1** (dolor mínimo) y el **10** (dolor severo): _____

Del **1** al **10**, ¿Cuál diría usted que era su grado de dolor al momento del accidente o lesión? _____

¿Qué cosa alivia su dolor? _____

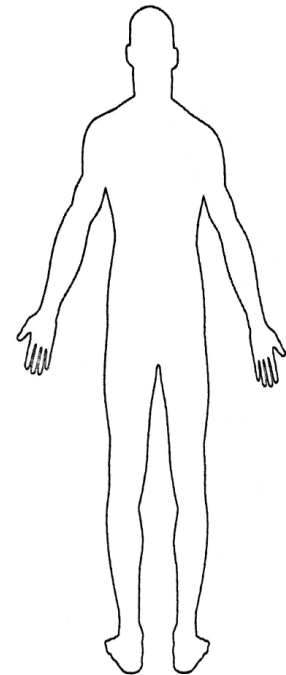
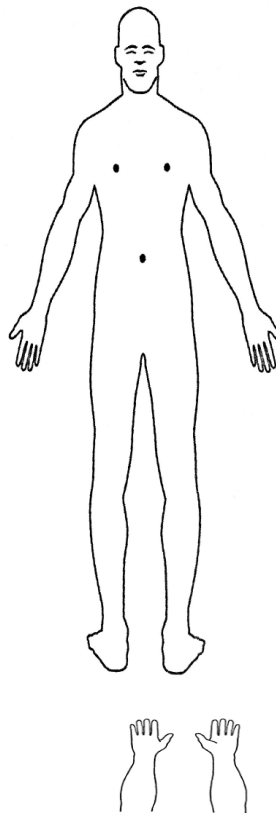
¿Qué cosa empeora su dolor? _____

Síntomas

Por favor de marcar todos los que apliquen:

Indique con una **X** las áreas de reclamo:

- Dolor moderado
- Brazos/Hombros
- Dolor o rigidez de la espalda
- Dolor de pecho superficie
- Mareos
- Zumbidos o campanas en los oídos
- Desmayos
- Fatiga
- Pie/Dedos de los pies
- Olvida cosas/Pérdida de memoria
- Manos/Dedos
- Dolores de cabeza
- Irritabilidad
- Dolor mandibular
- Dolor de piernas
- Náuseas/Vomito
- Dolor o rigidez en el cuello
- Sensación de entumecimiento/debilidad
- Presión/Hinchazón
- Sensación de irradiación/ardor
- Dificultad respiratoria
- Dificultad para dormir
- Malestar estomacal
- Tensión
- Visión borrosa
- Otros:



Firma del Paciente/Parte Responsable: _____ Fecha: ____/____/____

La vida no puede esperar.