

FOLLETO DE INFORMACION

(Patient Information Sheet)

FECHA DE HOY: _____ SEXO: M () F () FECHA DE LESSION: _____
(Today's Date) (Date of Injury)

APELLIDO: _____ NOMBRE: _____
(Last Name) (First Name)

DOMICILIO: _____ Apt. # _____
(Address)
Ciudad (City) _____ Estado (State) _____Codigo Postal (Zip) _____

TEL. CASA: () _____ # TEL. TRABAJO: () _____ CELULAR: () _____
(Home #) (Work #) (Cell#)

SEGURO SOCIAL (S.S. #): _____ FECHA DE NACIMIENTO (D.O.B.): _____

LICENCIA: _____ ESTADO CIVIL: () Casado () Soltero () Viudo () Divorciado
(Driver's license) (Marital Status) (Married) (Single) (Widow) (Divorced)

NOMBRE DE CONYUGE O TUTOR: _____ DOMICILIO: _____
(Spouse/Guardian Name) (Address)

ENCASO DE EMERGENCIA POR FAVOR NOTIFIQUE A : (In case of an emergency please notify person not living in your household)

APELLIDO: _____ NOMBRE: _____ TEL: () _____
(Last Name) (First Name)

SEGURO DE SALUD PRIVADO: _____
(Private Health Insurance Co. / must include name AND address)

DOMICILIO (Address): _____

NUMERO DE POLISA (policy #): _____ GRUPO (Group): _____

RELACION CON EL SUSCRIPTOR (Subscriber/Relationship): _____

COBERTURA DE SEGURO DE AUTO: _____ TEL: () _____
(Auto Insurance Coverage)

NUMERO DE POLISA (policy #): _____ RELACION CON EL SUSCRIPTOR (Subscriber/Relationship): _____

Favor de leer y firmar:
Cession y Divulgacion

Certifico que yo y/a mi(s) persona(s) a cargo contamos con cobertura de seguro de _____
Nombre de la(s) Compañia(s) de seguro
y cedemos directamente al Dr. _____ todos los beneficios del seguro, si los hubiere, de otro modo
pagaderos a mi por servicios prestados. Comprendo que soy responsable desde el punto de vista financiero por todos los
cargos, sean o no pagados por el seguro. Autorizo el uso de mi firma en todos los documentos del seguro.

Firma del Paciente, padre/madre, tutor o representante personal

Fecha

Indicar nombre del Paciente, padre/madre, tutor o representante personal

Relacion con el Paciente

OCUPACION (Occupation): _____ DESCRIPCION DE TRABAJO (Brief Job Description): _____

() Mano Derecha (Right-handed) () Mano Izquierda (Left-handed)

Historia Del Daño (History of Injury)

TIPO DE ACCIDENTE (Nature of Accident):

() Vehículo () Caída () Peaton () Trabajo () Asalto () Otro (Explicar) _____
(Auto) (Slip and fall) (Pedestrian) (Work Related) (Assault) (Other, Explain)

Si no fue accidente de Auto, describa lo que paso. (If non-motor vehicle accident, describe the injury): _____

Informacion sobre el Accidente de AUTO solamente: (Motor Vehicle Information Only):

Paciente era el: () Chofer () El pasajero y estaba... () adelante () detras () circule o marque una () cajuela de la camioneta
Patient was the: (driver) (passenger in the...) (front seat) (rear) (middle, left, right seat) (bed of pickup)

Paciente: () tenia el cinturon puesto () no tenia el cinturon puesto
Patient was (Wearing seatbelt) (Not wearing seatbelt)

Auto del Paciente: () Auto () Van () Camioneta () Motocicleta () Bicicleta () Otro (Explicar) _____
Patient's Vehicle (Car) (Van) (Pick-Up Truck) (Motorcycle) (Bicycle) (Other, Explain)

Contra: () Auto () Van () Camioneta () Motocicleta () Bicicleta () Otro (Explicar) _____
Versus: (Car) (Van) (Pick-Up Truck) (Motorcycle) (Bicycle) (Other, Explain)

Vehiculo Del Paciente estaba: () Parado () Empesando a mover () Bajando la velocidad () Moviendo
Patient's vehicle was (At a stop) (Starting to move) (Slowing down) (Moving)

Donde fue el golpe? () POR DETRAS () Guardabarros derecha () Guardabarros izquierda
Where was it struck? (From behind) (Right fender) (Left fender)
() ADELANTE () Guardabarros derecha () Guardabarros izquierda
(Head on) (Right fender) (Left fender)
() EN LADO () Derecha () Izquierda
(Sideswiped) (Right side) (Left side)

El Paciente estaba: () Desprevenido () Tenia la cabeza volteada: a la derecha izquierda detras () Apoyado contra el Porta Brasos
The patient was: (unprepared) (had head turned to) (right) (left) (rear) (leaning on armrest)

Al momento del impacto, el paciente: () Refuerzo el cuerpo para el impacto () Pizo los frenos () Detubo fuerte el volante
(On impact, the patient) (Braced for impact) (Stepped hard on brakes) (Forcibly held on to steering wheel)

Al momento, su cuerpo fue: () Sacudido de enfrente a atras () Sacudido de lado a lado () Otra _____
(Thereafter, the patient's body was) (Jolted back and forth) (Jolted from side to side) (Other, Explain)

Despues Del Impacto (Following the Impact):

El Paciente indica: () No perdio el conocimiento () Perdio el conocimiento () por segundos () por minutos
Patient Indicates (Denied loss of consciousness) (Lost consciousness) (Momentarily) (Several minutes)

Despues del accidente se sintio: () Nervioso/Nervous () Sobresaltado/Surprised () Aturdido/Stunned or Dazed
Thereafter felt () Panico/Panicky () Confundido/Confused () Desorientado/Disoriented
() Asustado/Scared () Ganas de vomitar /Nauseated () Mareado/Lightheaded or Dizzy
() Otra/Other _____

El paciente experimento: () Vomito () Convulsiones () No recuerdo los eventos de el accidente
(The Patient experienced) (Vomiting) (Convulsions) (Poor recollection of events)

Paciente Sufrio: () Golpe(s) a la cabeza () Sangrando / Heridas a la cabeza () Cortadas / Moretes en _____
Patient sustained: (Head injuries) (Scalp bleeding / lacerations) (Cuts / Bruises on...)

Paciente sintio dolor: () **Inmediatamente despues del accidente** () **Horas despues** () **Al siguiente dia** () **Dias despues**
Patient noted pain: (Immediately following the accident) (Hours later) (The next morning) (Over the next few days)

Sintio Dolor en: (Pain located): () **Cabeza/Head** () **Pecho/Chest** () **Abdomen/Abdomen**
() **Cuello/Neck** () **Espalda Superior/Upper back** () **Espalda Media/Mid Back** () **Cintura/Lower Back**
() **Hombro/Shoulder** () **derecha/right** () **izquierda/left** () **Pierna/Leg...** () **derecha/right** () **izquierda/left**
() **Brazo/Arm** () **derecha/right** () **izquierda/left** () **Muslo/Thigh...** () **derecha/right** () **izquierda/left**
() **Codo/Elbow...** () **derecha/right** () **izquierda/left** () **Rodilla/Knee...** () **derecha/right** () **izquierda/left**
() **Mano/Hand...** () **derecha/right** () **izquierda/left** () **Pie/Foot...** () **derecha/right** () **izquierda/left**
() **Muñeca/Wrist...** () **derecha/right** () **izquierda/left** () **Tobillo/Ankle...** () **derecha/right** () **izquierda/left**
() **Dedos/Fingers...** () **derecha/right** () **izquierda/left** () **Dedos del Pie/Toes...** () **derecha/right** () **izquierda/left**

Despues Del Accidente (After the Accident):

Paciente fue a: () **Casa** () **Trabajo/Escuela** () **Al Hospital, via...** () **Paramedicos** () **Usted mismo**
Patient went (Home) (Back to work/school) (To hospital via... (Paramedics) (Self)

Nombre Del Hospital/Clinica Medica (Hospital Name/Medical Center) _____

Fue internado, Fecha (Date admitted) _____ **Fecha de Alta (Released)** _____

Tratamiento que recibio en Hospital/Clinica (Treatment rendered at hospital/center) _____

Lista de otros doctores que ha visto por causa de ESTE ACCIDENTE (List any other physicians seen as a result of THIS ACCIDENT):

Que medicamento, fisioterapia o tratamiento quiropractico ha recibido por causa de ESTE ACCIDENTE? (To date, what medication(s), physical therapy or chiropractic treatment has the patient undergone or received as a result of THIS ACCIDENT)? _____

Sigue recibiendo tratamiento? () **No** () **Si/Yes** **Fecha de ultimo tratamiento:** _____
(Is the patient still being treated?) (Date of Last Treatment)

Dolores Actuales (Current Complaints)

DOLORES DE CABEZA (Headaches):

Frecuencia/Frequency: () **Constante/Constant** O/OR () **Viene o se va/Intermittent(comes and goes)**

Intensidad/Intensity: () **Minimo** () **Ligeramente** () **Moderado** () **Severo**
(Minimal) (Slight) (Moderate) (Severe)

Como/Nature: () **Agudo** () **Pulsante** () **Con Presion** () **Punzante** () **Partiendo**
(Sharp) (Pulsating/throbbing) (Pressure-type) (Sharp stabbing) (Splitting)

Donde esta localisado el dolor: () **Toda la Cabeza** () **Area de Frente** () **Detras** () **Lado Derecho** () **Lado Izquierdo**
(location of pain) (All over the head) (Frontal are) (Back) (Right side) (Left side)

DOLORES ACTUALES (CONTINUACION)/CURRENT COMPLAINTS (CONTINUED)

- | | | | | |
|---|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dolor de Pecho/Chest pain | <input type="checkbox"/> Hombro/Shoulder | <input type="checkbox"/> D/R <input type="checkbox"/> I/L | <input type="checkbox"/> Cadera/Hip | <input type="checkbox"/> D/R <input type="checkbox"/> I/L |
| <input type="checkbox"/> Abdominal/Abdominal pain | <input type="checkbox"/> Brazo/Upper arm | <input type="checkbox"/> D/R <input type="checkbox"/> I/L | <input type="checkbox"/> Pierna/Leg | <input type="checkbox"/> D/R <input type="checkbox"/> I/L |
| <input type="checkbox"/> Enfrente del Cuello/Neck front | <input type="checkbox"/> Codo/Elbow | <input type="checkbox"/> D/R <input type="checkbox"/> I/L | <input type="checkbox"/> Muslo/Thigh | <input type="checkbox"/> D/R <input type="checkbox"/> I/L |
| <input type="checkbox"/> Cuello/Nuca /Neck back | <input type="checkbox"/> Ante brazo/Forearm | <input type="checkbox"/> D/R <input type="checkbox"/> I/L | <input type="checkbox"/> Rodilla/Knee | <input type="checkbox"/> D/R <input type="checkbox"/> I/L |
| <input type="checkbox"/> Costado/Upper /mid back | <input type="checkbox"/> Muñeca/Wrist | <input type="checkbox"/> D/R <input type="checkbox"/> I/L | <input type="checkbox"/> Tobillo/Ankle | <input type="checkbox"/> D/R <input type="checkbox"/> I/L |
| <input type="checkbox"/> Cintura/Lower back | <input type="checkbox"/> Mano/Hand | <input type="checkbox"/> D/R <input type="checkbox"/> I/L | <input type="checkbox"/> Pie/Feet | <input type="checkbox"/> D/R <input type="checkbox"/> I/L |

Tiene moretes, inflamacion,, raspones, o cortadas? Explique en detalle (Any bruises, swelling, abrasions, lacerations? If so, explain in detail):

Marque las quejas relacionadas (Mark any of the following associated complaints):

- Vision Borroso/Blurred Vision Nausea/vomito/Nausea/Vomiting Perdida de Balance/Loss of Balance Mareos/Dizziness
 Perdida de Memoria/Memory Loss Problemas de Dijestion/Digestion Problems Perdida de Apetito/Loss of Appetite
 Problemas Recordando/Absent Mindedness Nerviosismo/Nervousness Confusion/Confusion Ansiedad/Anxiety
 Sumbido de Oidos /Ringing Noise in the Ears Insomnio/Insomnia Tension/Tension Inquietud/Restlessness
 Ganas de Llorar/Crying Spell Depresion/Depression Problemas de la Vejiga/Bladder Problems
- Cojear a causa de dolor en /Limping due to pain in ... derecha/right izquierda/left extremity

Describe algun dolor que extende, entumido o piquetes/Describe any radiating pain; numbness or tingling sensations:

Describe partes de su cuerpo que truenan con movimiento/Describe any locking, snapping, crackling, popping): _____

Actividades que Aumentan el dolor (Activities that increase pain):

- Agachando /Bending Cargando/ Carrying Extenderse/Extending Caminando/ Walking
 Enpujando/Pushing Sentando /Sitting Sentadillas /Squatting Torsiendo/Twisting
 Volteando/Turning Parado/Standing Jalando/Pulling Manejando /Driving
 Levantando algo/Lifting Alsando las Manos/Reaching Overhead Tosiendo/Coughing Estornudado/Sneezing
 Caminar en piso disparatejo/Walking on uneven ground Cambios de clima /Climate changes Otro/Other _____

Tiene problemas buscando una posicion confortable al dormir por el dolor? (Su cama es... Suave Dura Firme
(Unable to find a comfortable position in bed due to pain... (Patient's bed is... (Soft) (Hard) (Firm)

Cuanto tiempo puede durar sentado, de pie o caminando antes de cambiar de posicion por el dolor? _____
(How long can patient sit, stand, or walk before changing positions?)

Antes de el accidente, describe la capacidad de levantar cosas: _____
(Describe patient's pre-injury capacity for lifting)

Los sintomas originales han Mejorado Permanesen igual Empeoraron
Have original symptoms *(Improved)* *(Remained the same)* *(Worsened)*

Usando la escala, circule la intensidad de dolor que siente/Using the following scale, circle the patient's average pain level:

No tiene Dolor (No Pain) Pequeño (Minimal) Poco (Slight) Moderado (Moderate) Severo (Severo)
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ACCIDENTES ANTERIORES/ ANTECEDENTES MEDICOS. (Past medical history/Prior Accidents)

Alergias (Allergies): NO SI **De Que (To what)?** _____

Trauma Abdominal (Abdominal Trauma) () NO () SI **SE RECUPERO?** (If yes, did you fully recover?) () NO () SI
Trauma al Pecho (Chest Trauma) () NO () SI **SE RECUPERO?** (If yes, did you fully recover?) () NO () SI
Fracturas (Fractures) () NO () SI **SE RECUPERO?** (If yes, did you fully recover?) () NO () SI
Trauma de Cabeza (Head Trauma) () NO () SI **SE RECUPERO?** (If yes, did you fully recover?) () NO () SI
Otro(Other) () NO () SI **SE RECUPERO?** (If yes, did you fully recover?) () NO () SI

SIDA/VIH (AIDS/HIV) () NO () SI **Tratamiento (Treatment)** _____
Artritis (Arthritis) () NO () SI **Tratamiento (Treatment)** _____
Asma (Asthma) () NO () SI **Tratamiento (Treatment)** _____
Bronquitis (Bronchitis) () NO () SI **Tratamiento (Treatment)** _____
Cancer (Cancer) () NO () SI **Tratamiento (Treatment)** _____
Diabetes (Diabetes) () NO () SI **Tratamiento (Treatment)** _____
Enfermedad cardiaca (Heart Disease) () NO () SI **Tratamiento (Treatment)** _____
Hepatitis (Hepatitis) () NO () SI **Tratamiento (Treatment)** _____
Alta Presion Sanguinea(High Blood Pressure) () NO () SI **Tratamiento (Treatment)** _____
Neumonia (Pneumonia) () NO () SI **Tratamiento (Treatment)** _____
Problemas psiquiatricos (Psychiatric Problems) () NO () SI **Tratamiento (Treatment)** _____
Tuberculosis (Tuberculosis) () NO () SI **Tratamiento (Treatment)** _____
Otro (Other) _____ () NO () SI **Tratamiento (Treatment)** _____

ANTECEDENTES QUIRURGICOS. (Surgical History)

Apendicectomia (Appendectomy) () NO () SI, **Fecha (Date):** _____
Vesicula biliar (Gallbladder) () NO () SI, **Fecha (Date):** _____
Hernia (Herniotomy) () NO () SI, **Fecha (Date):** _____
Histerectomia(Hysterectomy) () NO () SI, **Fecha (Date):** _____
De Corazon Abierto (Open Heart/Bypass) () NO () SI, **Fecha (Date):** _____
Tonsillectomy (Tonsillectomy) () NO () SI, **Fecha (Date):** _____
Tubal Ligation (Tubal ligation) () NO () SI, **Fecha (Date):** _____
Otro (explicar)/other (specify) () NO () SI, **Fecha (Date):** _____

Que medicamento esta tomando: (Medications currently taking):

Nombre/Medicamento (Medication Name)	Fuerza (Strength) (mg/gm)	Dosis por dia (Daily Dosage)	Por quanto tiempo (Length taken)

Accidentes o Heridas Anteriores: (Previous Accidents/Injuries)

() **Accidente de Auto/Car accident** () **Caida y resbalo /Slip and Fall** () **De Trabajo/Work-related**
 () **Otro/ (Explicar)/Other (Explain)** _____

Fecha Y Descripcion de accidente(s): _____
 (Date & Description of prior accident(s))

HISTORIA SOCIAL/SOCIAL HISTORY

Consumo de Alcohol: () **Diario** () **Cada Semana** () **De vez en cuando** () **Socialmente** () **Raramente** () **Nunca**
 (Alcohol Intake :) (Daily) (Weekly) (Occasionally) (Socially) (Seldom) (Never)

Consumo de Tabacco: () **No Fumo** () **Fumo** _____ **paquete(s) por/** () **Dia** () **Semana** () **Mes** () **POR** _____ **Años**
 (Tobacco Use :) (Non-Smoker) (Smoker packs per...) (Day) (Week) (Month) (for/years).

MUJERES SOLAMENTE: Embarazada? () NO () SI/yes (Si, quanto tiempo? _____)
 (FOR WOMEN ONLY: (Pregnant?) (Yes, How long?)

Fecha de la ultima Menstruacion/ Date of last menstrual period _____