

DURANTE EL ACCIDENTE

Condición de la calle a la hora del accidente: Mojada Seca Helada Nevada Otra _____
 ¿Cómo era la visibilidad al momento del accidente? Buena Mala Pobre Debido a: Lluvia Niebla Nieve Oscuridad Sol
 ¿Vió usted venir el accidente? Si No ¿Pudo aferrarse de algo para mitigar el impacto? Si No
 ¿Perdió usted la consciencia durante el impacto? Si No Si fue así, ¿por cuánto tiempo estuvo inconsciente? _____ minutos/horas
 ¿Tenía puesto el cinturón? Si No Si lo tenía, le dejó alguna marca o moretón? Si No Si fue así, describa _____
 ¿Golpeó su cabeza contra el cabezal? Si No ¿Cómo estaba posicionado el cabezal? A la altura de la cabeza Bajo Alto
 ¿Se abrieron sus bolsas? Si No Si fue así, le golpearon? Si No Si fue así, dónde? _____
 ¿Hacia dónde tenía su cabeza? Al frente A derecha A izquierda Hacia abajo ¿Cómo estaba su cuerpo? Al frente A derecha A izquierda
 ¿Dónde estaban sus manos? Derecha/Izquierda sobre el volante Ambas en el volante No Aplica
 ¿Alguna parte de su cuerpo golpeó con el auto? Si No Si fue así, explique _____

DESPUÉS DEL ACCIDENTE

¿Vino la policía a la escena del accidente? Si No ¿Se hizo reporte de policía? Si No
 ¿Adónde fue después del accidente? Hospital Emergencia Casa Trabajo Doctor Privado Otro _____
 Si fue al doctor u hospital, ¿cuándo fue? Inmediatamente ___ horas más tarde ___ Días más tarde Nombre hospital? _____
 ¿Cómo llegó al hospital? Ambulancia Manejó Alguien lo llevó ¿Cuánto estuvo en el hospital? _____ horas/días
 ¿Qué tratamiento le dieron?(collar, medicamentos, etc.) _____
 ¿Le tomaron radiografías? Si No ¿Qué le recomendaron de seguimiento? _____
 ¿Consultó a otro doctor desde el accidente? Si No Si lo hizo, complete la siguiente información:
 Dr. _____ Especialidad: _____ Fecha visita inicial: _____
 Tipo de tratamiento: _____ Frecuencia de tratamiento: _____ ¿Por cuánto lo trató? _____ días/meses

SÍNTOMAS INMEDIATOS AL ACCIDENTE

Marque todas las condiciones que experimentó: Confusión Mareos Náuseas Desbalance Ruido en los oídos Problemas visuales
 Marque todas las áreas donde sintió dolor: Cabeza Cuello Espalda Alta Espalda Media Espalda baja Hombros Codos Muñecas
 Costillas Pecho Abdomen Pelvis Glúteos Caderas Rodillas Tobillos Otros: _____
 Liste síntomas que tuvo después del accidente pero ya han desaparecido _____
 ¿Ha utilizado algo de lo siguiente desde el accidente? Frío Calor Medicamentos Descanso Masaje Otro _____

SÍNTOMAS ACTUALES

Por favor, marque todos los síntomas que ha sufrido desde el accidente:

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> mareos | <input type="checkbox"/> dificultad para dormir | <input type="checkbox"/> rigidez de cuello | <input type="checkbox"/> dolor de cuello |
| <input type="checkbox"/> náuseas | <input type="checkbox"/> irritación | <input type="checkbox"/> dolor de mandíbula | <input type="checkbox"/> dolor de espalda alta |
| <input type="checkbox"/> dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> fatiga | <input type="checkbox"/> adormecimiento manos/dedos | <input type="checkbox"/> dolor de espalda media |
| <input type="checkbox"/> problemas visuales | <input type="checkbox"/> tensión | <input type="checkbox"/> adormecimiento pies/dedos | <input type="checkbox"/> dolor de espalda baja |
| <input type="checkbox"/> zumbido de oídos | <input type="checkbox"/> ansiedad | <input type="checkbox"/> falta de aire | <input type="checkbox"/> dolor de pecho |
| <input type="checkbox"/> chillido de oídos | <input type="checkbox"/> depresión | <input type="checkbox"/> molestias estomacales | <input type="checkbox"/> dolor de pierna/rodilla/tobillo |
| <input type="checkbox"/> pérdida de olfato | <input type="checkbox"/> pérdida de memoria | <input type="checkbox"/> cortes/cicatrices | <input type="checkbox"/> dolor de hombro/codo/muñeca |
| <input type="checkbox"/> pérdida de gusto | <input type="checkbox"/> pérdida de balance | <input type="checkbox"/> moretones | <input type="checkbox"/> dolor irradiado/ciática |
| <input type="checkbox"/> otros _____ | | | |

HISTORIAL DE SALUD

Por favor, marque todos los síntomas que ha experimentado en el pasado:

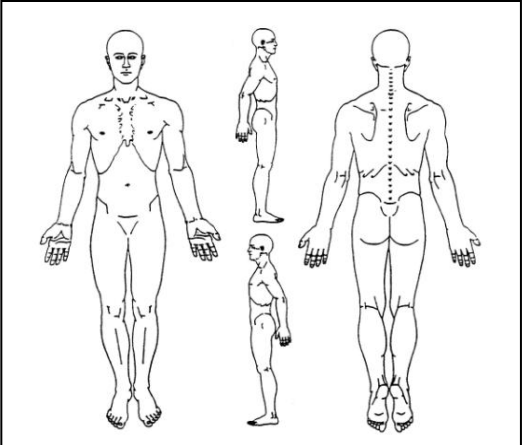
- | | | | | |
|---|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> dificultad para dormir | <input type="checkbox"/> discos herniados | <input type="checkbox"/> dolores menstruales | <input type="checkbox"/> osteoporosis | <input type="checkbox"/> gastritis |
| <input type="checkbox"/> dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> nervio pinchado | <input type="checkbox"/> períodos irregulares | <input type="checkbox"/> diabetes | <input type="checkbox"/> colitis |
| <input type="checkbox"/> convulsiones | <input type="checkbox"/> cáncer | <input type="checkbox"/> infertilidad | <input type="checkbox"/> sed excesiva | <input type="checkbox"/> constipación |
| <input type="checkbox"/> migrañas | <input type="checkbox"/> mareos | <input type="checkbox"/> depresión | <input type="checkbox"/> náusea frecuente | <input type="checkbox"/> hemorroides |
| <input type="checkbox"/> dolor de cuello | <input type="checkbox"/> problemas cardíacos | <input type="checkbox"/> alergias | <input type="checkbox"/> vómitos | <input type="checkbox"/> hinchazón/gas |
| <input type="checkbox"/> dolor espalda alta | <input type="checkbox"/> presión alta | <input type="checkbox"/> tos crónica | <input type="checkbox"/> problemas prostáticos | <input type="checkbox"/> osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> dolor espalda media | <input type="checkbox"/> tobillos hinchados | <input type="checkbox"/> pérdida de peso | <input type="checkbox"/> problemas urinarios | <input type="checkbox"/> dolor de pecho |
| <input type="checkbox"/> dolor espalda baja | <input type="checkbox"/> extremidades frías | <input type="checkbox"/> falta de apetito | <input type="checkbox"/> problemas hepáticos | <input type="checkbox"/> fatiga |
| <input type="checkbox"/> pies adormecidos | <input type="checkbox"/> problemas tiroideos | <input type="checkbox"/> apetito excesivo | <input type="checkbox"/> problemas renales | <input type="checkbox"/> asma |
| <input type="checkbox"/> manos adormecidas | <input type="checkbox"/> problemas visuales | <input type="checkbox"/> nerviosismo | <input type="checkbox"/> fracturas | <input type="checkbox"/> calambres |

SÍNTOMAS PRESENTES _DESCRIBA SUS SÍNTOMAS DE MAYOR A MENOR SEVERIDAD

1º síntoma: _____
Fecha que el síntoma apareció: _____
¿Qué % del día usted siente este dolor? Constante 100% Frecuente 75%
 Intermitente 50% Ocasional 25% Rara vez 10%
¿Qué actividad agrava este dolor? _____
¿Qué actividad alivia este dolor? _____
Describe el tipo de dolor Dolor Punzante Ardiente Pulzante Adormecido
 Calambre Otro _____
¿Este dolor irradia a otra área? _____

Por favor, describa la intensidad de su síntoma (0 = no dolor / 10=dolor extremo)
 0◊◊◊1◊◊◊2◊◊◊3◊◊◊4◊◊◊5◊◊◊6◊◊◊7◊◊◊8◊◊◊9◊◊◊10

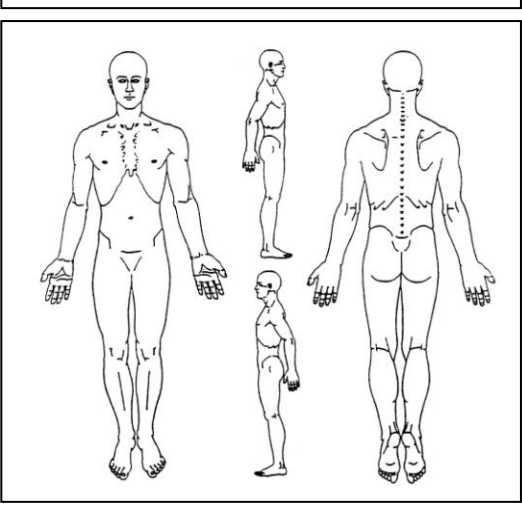
POR FAVOR, MARQUE EL ÁREA DE DOLOR



2º síntoma: _____
Fecha que el síntoma apareció: _____
¿Qué % del día usted siente este dolor? Constante 100% Frecuente 75%
 Intermitente 50% Ocasional 25% Rara vez 10%
¿Qué actividad agrava este dolor? _____
¿Qué actividad alivia este dolor? _____
Describe el tipo de dolor Dolor Punzante Ardiente Pulzante Adormecido
 Calambre Otro _____
¿Este dolor irradia a otra área? _____

Por favor, describa la intensidad de su síntoma (0 = no dolor / 10=dolor extremo)
 0◊◊◊1◊◊◊2◊◊◊3◊◊◊4◊◊◊5◊◊◊6◊◊◊7◊◊◊8◊◊◊9◊◊◊10

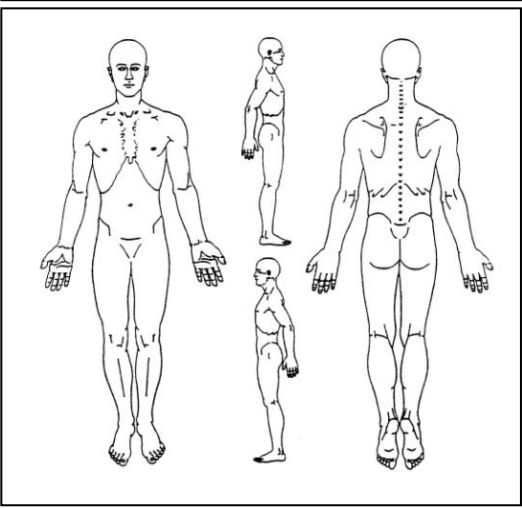
POR FAVOR, MARQUE EL ÁREA DE DOLOR



3º síntoma: _____
Fecha que el síntoma apareció: _____
¿Qué % del día usted siente este dolor? Constante 100% Frecuente 75%
 Intermitente 50% Ocasional 25% Rara vez 10%
¿Qué actividad agrava este dolor? _____
¿Qué actividad alivia este dolor? _____
Describe el tipo de dolor Dolor Punzante Ardiente Pulzante Adormecido
 Calambre Otro _____
¿Este dolor irradia a otra área? _____

Por favor, describa la intensidad de su síntoma (0 = no dolor / 10=dolor extremo)
 0◊◊◊1◊◊◊2◊◊◊3◊◊◊4◊◊◊5◊◊◊6◊◊◊7◊◊◊8◊◊◊9◊◊◊10

POR FAVOR, MARQUE EL ÁREA DE DOLOR



INFORMACIÓN OCUPACIONAL

Su trabajo requiere que usted esté: Sentado Arrodillado Doblado hacia adelante Rotándose a los lados
 Parado ¿Cuánto tiempo? _____ horas Levantando peso ¿Cuánto? _____ libras

Nivel de actividad física en el trabajo: Sedentario Tareas livianas Tareas regulares Tareas pesadas

¿Ha perdido días en el trabajo desde el accidente? Si No Si es así, ¿cuántos días? _____ Fechas: _____ a _____

¿Han restringido sus actividades laborales debido al accidente? Si No Si es así, explique _____

¿Alguna actividad laboral agrava sus síntomas actuales? Si No Si es así, explique _____

HISTORIAL DE SALUD

¿Usted fuma? Si No Si es así, ¿cuántos paquetes por semana? _____ ¿Ha usted fumado en el pasado? Si No ¿Cuándo dejó? _____

¿Usted consume alcohol? Si No Si es así, ¿cuántos tragos por semana? _____

¿Usted consume cafeína? Si No Si es así, ¿cuántas tazas por día? _____

¿Usted hace ejercicio? Si No Si es así, ¿cuántas veces por semana y qué tipo? _____

¿Usted tiene niveles de estrés alto? Si No Si es así, explique _____

MEDICAMENTOS PRESENTES O SUPLEMENTOS

Por favor, describa los medicamentos que está tomando regularmente (incluya la dosis).

_____	Frecuencia: _____	Dosis: _____	¿Para qué es esto? _____
_____	Frecuencia: _____	Dosis: _____	¿Para qué es esto? _____
_____	Frecuencia: _____	Dosis: _____	¿Para qué es esto? _____
_____	Frecuencia: _____	Dosis: _____	¿Para qué es esto? _____

ENFERMEDADES SERIAS Y ACCIDENTES PREVIOS

LESIONES SUFRIDAS/ ENFERMEDADES	FECHA DE ACCIDENTE	CIUDAD, ESTADO
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

CONSENTIMIENTO PARA RADIOGRAFÍAS MUJERES SOLAMENTE

En este momento, certifico que no estoy embarazada y doy mi consentimiento para que me tomen radiografías si es necesario.

Firma del Paciente

Fecha

CONSENTIMIENTO PARA TRATAR A UN MENOR

A través de la presente forma, autorizo a los doctores del Centro Quiropráctico Vida, y a quien ellos designen como asistentes, para proveer tratamiento a mi hijo.

Nombre del Niño/Menor (por favor, escriba) _____

Nombre del Padre/Guardián (por favor, escriba) _____

Firma del Padre / Guardián: _____ Fecha: _____

Certifico que he leído y entendido la información previa y que he contestado las preguntas de manera correcta.

Firma del Paciente

Fecha