



INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre: _____ Fecha: _____
Numero de Seguro Social: _____ Nombre de Telefono: () _____ - _____
Fecha de el Accidente: _____
Domicilio: _____

Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: M F
Estado Matrimonial: Casado(a) Soltero(a) Viudo(a) Divorciado(a)
Ocupacion: _____
Nombre de su emplierador: _____
Domicilio de su emplierador: _____

Numero de telefono de su emplierador: () _____ - _____
Nombre de su esposo(a): _____
Ocupacion de su esposo(a): _____
Domicilio de el Emplierador de su esposo(a): _____

Numero de telefono de el emplierador de su esposo(a): () _____ - _____

INFORMACION DE ASEGURANSA

Tiene usted aseguransa de auto? Si No
Nombre de la compania de aseguransa: _____
Domicilio de la compania de aseguransa: _____

Numero de Polica: _____
Numero de Reclamo: _____
Fecha de el accidente: _____
Era Usted: Conductor Pasajero Delantero
Pasajero Posterior Peaton
Estuvo usted inconciente inmediatamente despues de el accidente? Si No
Si si, Por cuanto tiempo estuvo inconciente? _____
Por favor discriba como se sintio inmediatamente despues de el accidente: _____

TRATAMIENTO

Fue usted al hospital? Si No
Cuando fue usted al hospital?
Inmediatamente despues del accidente Al siguiente dia
2 dias o mas despues del accidente
Nombre del hospital: _____



Tratamiento recibido: _____

Le tomaron Rayos X: Si No

SYMPTOMAS Y LESIONES

Ha podido usted trabajar desde este accidente? Si No

Cuantos dias faltó usted al trabajar ha causa del accidente? _____

Antes del accidente usted podía trabajar igual que otros de su edad? Si No

Si ha tenido algunos de los siguientes sintomas, por favor cheque la caja:

Dolor en los brazos/ hombros	Dolor en la espalda
Espalda entumida	Dolor en el pecho
Mareos	Zumbor en los oidos
Sonido en el pierna	Cansancio
Dolor en la pierna	Perdida de memoria
Nausias	Dolor en el cuello
Pies/ Dedos entumidos	Manos/ Dedos entumidos
Dolor de cabeza	Problemas de la quijada
Iritabilidad	Vision velada
Dolor de estomago	Tensiones
Cuello entumido	Falta de respiracion

Se esta mejorando o poniendo peor su condicion? _____

Tipo de dolor:

Agudo	Dolores	Calambres	Embotado (entumido)?
Palpitar	Quema	Hinchazon	Dolor que tira
Entumecimiento		Adormecimiento	
Otro tipo de dolor	_____		

Clasifique la severidad de su dolor en una escala de 1 (menor dolor) a 10 (dolor fuerte).

Que a menudo tiene usted este dolor? _____

El dolor es constante o viene y se va? _____

Interfiere con su:

Trabajo	Dormir	Pasatiempos	Rutina diaria
---------	--------	-------------	---------------

Actividades o movimientos que son dolorosos para usted:

Centar	Agachar	Parar	Caminar	Correr	Acostar
--------	---------	-------	---------	--------	---------

Yo declaro que toda esta informacion es correcta.

Firma: _____ Fecha: _____