

DeCrescenzo Chiropractic

Auto Injury Form

INFORMACION GENERAL

Fecha de hoy: ____ / ____ / ____

Nombre Completo: _____ SS #: _____
Primer Nombre Segundo Nombre Apellido

Direccion: _____
Nº Calle Nº de Apartamento Ciudad Estado Codigo de area

Edad: ____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: Mujer Hombre Estado Civil: _____

Numero de telefono: _____ Numero de Celular: _____

Numero de trabajo: _____ Correo Electronico: _____@_____.com

Empleador: _____ Ocupacion : _____

Contacto de Emergencia: _____ Numero: _____ Relacion: _____

Doctor Primario: _____ Direccion: _____ Numero telefono: _____

INFORMACION SOBRE EL ACCIDENTE:

Fecha del accidente: _____ Modelo y año del vehiculo en cual estabas: _____

Eras un peaton? _____ Nombre de su propia compañía de seguro de auto _____

Modelo y año del otro vehiculo: _____ Velocidad del otro vehiculo: _____

Ciudad Y Estado del accidente: _____

Que departamento de la policia respondieron a la vista _____ Se presento un informe? _____

Estaba usted en horas de trabajo o manejando el carro de la compañía cuando ocurrió el accidente? Si o No
Ocurrió el accidente en un estacionamiento? Si o No

Fue usted el: Conductor Pasajero del frente Pasajero del asiento trasero Peatonal

Cuántas personas habían en el vehiculo al momento de impacto? _____

Tenía usted el cinturón de seguridad puesto? Si No Si es así, Que tipo: Hombro Regazo

El impacto hizo q las bolsas de aire estallaran? Si No Las bolsas de aire te causaron lesiones? ___ Su vehiculo
estaba: Parado En movimiento al momento de impacto?

Velocidad a la que viajaba? _____

Fue usted: Sorprendido por el impacto Preparado para el impacto

En el momento de impacto estaba usted:

Mirando hacia al frente a la izquierda a la derecha hacia abajo hacia arriba

El impacto fue de: Frente Parte Trasera Izquierda Derecha otro: _____

Su carro impacto a otro vehiculo? Si No Su carro impacto alguna estructura? Si No

Por favor, describa el accidente en sus propias palabras: _____

Alguna parte de su cuerpo impacto algo en el vehiculo? Si No Si es asi, por favor de explicar: _____

CONDICION Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE:

Perdió usted el conocimiento? Si No Si es así, por cuanto tiempo? _____

Cuales fueron sus sintomas despues del accidente? _____

Fue usted al hospital? Si No Si es así, a que hospital fue: _____

Cuando? Inmediatamente despues del accidente Mas tarde en el dia Al otro dia Otro: _____

Fue transportado en ambulancia al hospital? Si No Tiene las siguientes: Raspaduras Moretones Cortadas

Le tomaron rayos X? Si No En que parte del cuerpo? _____

Le tomaron otras pruebas? Si No Si es así, que pruebas? _____

Le recetaron medicamentos? Si No Si es así, que medicamento? _____

Esta embarazada? Si No Si es así, fecha de probable parto: _____

Fuma cigarillos? Si No Toma alcohol? Si No Si es así cada cuanto toma? _____

SINTOMAS/ LESIONES:

Ha sido capaz de trabajar desde el accidente? Si No Cuantos dias de trabajo ha perdido? _____

Por favor, marque sus sintomas desde su accidente:

Dolores de cabeza Dolor de cuello Rigidez en el cuello Dolor en la mandibula

Dolor de brazo derecho/ izquierdo Dolor del hombro derecho/ izquierdo Dolor de pecho

Adormecimiento/ dolor en su mano/ dedo/ derecha/ izquierda Dolor de pierna

Adormecimiento/ dolor de pie/ dedos de los pies/ derecho/ izquierdo Rigidez de espalda

Dolor de rodilla/ tobillo/ derecho/ izquierdo Dolor de media espalda Dolor de espalda baja

Dolor de cadera derecho/izquierdo Mareos Nauseas Fatiga Dificultad durmiendo Dolor

abdominal Dificultad al mover la cabeza hacia la izquierda/derecha Vision borrosa Perdida de

audicion/equilibrio Cuando tose o estornuda aumenta el dolor? Si No

Sus sintomas estan empeorando? Si No Son constantes o van y vienen? _____

Evaluar la gravedad de su dolor en una escala de 1 (menos dolor) a 10 (dolor intenso) _____

Clase de dolor: Fuerte Calambres latido sordo quemadura apuñalamiento

INFORMACION DE SEGURO/ ABOGADO:

Cual es el nombre de su seguro de automovil?

Cual es su numero de poliza? _____

Cual es su numero de reclamo: _____

Tiene usted abogado? Si No

En caso afirmativo, cuál es su nombre? _____

Tiene usted seguro medico? Si No

En caso afirmativo, dar su tarjeta de seguro a la recepcion

POLICIA:

La policia fue al lugar del accidente? Si No

Habian testigos? Si No

Se hizo un informe policial? Si No

En caso afirmativo, favor dar una copia a recepcion

Fue una violación de tráfico emitido? Si No

Para quien? _____

A lo mejor de mi conocimiento, la informacion anterior es completa y correcta. Entiendo que es mi responsabilidad informar a mi medico, si yo o mi hijo menor de edad, tiene algun cambio en salud.

Firma del paciente, padre, tutor or representante personal

Fecha

Por favor escriba el nombre de el paciente, padre, tutor o representante personal

Relacion al paciente