



Evaluación Inicial del Paciente

Fecha: _____

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Sexo: Masculino Feminino Altura: _____ Peso: _____

Fecha de Accidente: ____/____/____ Hora del Accidente: _____

¿Tiene seguro de AUTO personal: Si No

En caso afirmativo, proporcione lo siguiente:

Compañía de seguros de automóvil: _____ Numero De Poliza#: _____

Condición de la carretera: Mojada Seca Lloviendo

Describa el accidente (velocidad, ubicación del accidente, hora del accidente, ¿cómo sucedió?)

¿Qué ciudad? _____ Nombre la Calle: _____

¿Eras conductor o pasajero? Conductor Pasajero

¿Qué área del vehículo fue golpeada? _____

¿Hubo alguna lesión inmediata? _____

¿Sintió algún dolor más adelante al posar del tiempo (describa las áreas de lesión) _____

¿Perdiste el conocimiento? Si No Cuánto tiempo? _____

¿Fuiste al hospital? Si No Cuando? _____ ¿Ambulancia? _____

En caso afirmativo, ¿qué hospital? _____

Haga una lista de todos los médicos que ha visto por lesiones sufridas en este accidente:

¿Enumere todos los medicamentos que recibió para las lesiones sufridas en este accidente?

¿Enumere todo tipo de exámenes tratamientos que recibió para las lesiones sufridas en este accidente?
(es decir, rayos X, tomografías computarizadas, puntadas, escayolas, manipulación, fisioterapia, inyecciones)

Evaluación Inicial del Paciente

¿Eres derecho o zurdo? Derecho Izquierdo ¿Eres fumador? Si No Frecuencia? _____

¿Ocupación? _____

Describe su trabajo (¿Cuáles son sus deberes laborales? ¿Se sienta o se para por largos períodos de tiempo?
¿Levanta objetos pesados o se dobla o se inclina repetidamente?)

¿Alguna vez se se ha lesionado en un accidente automovilístico u otro tipo de accidente en el pasado?

¿Tienes algún problema médico importante? _____

¿Toma medicamentos regularmente? (por favor enumere) _____

¿Has tenido alguna cirugía? _____

¿Estás embarazada? _____

¿Eres alérgico a algún medicamento? _____

Desde el accidente, ¿ha tenido problemas con alguno de los siguientes: (por favor describa):

Dolores de cabeza _____

Durmiendo _____

Asearse, bañarse, peinarse, Sentarse, etc. _____

Estar de pie _____

Conduciendo _____

Comiendo _____

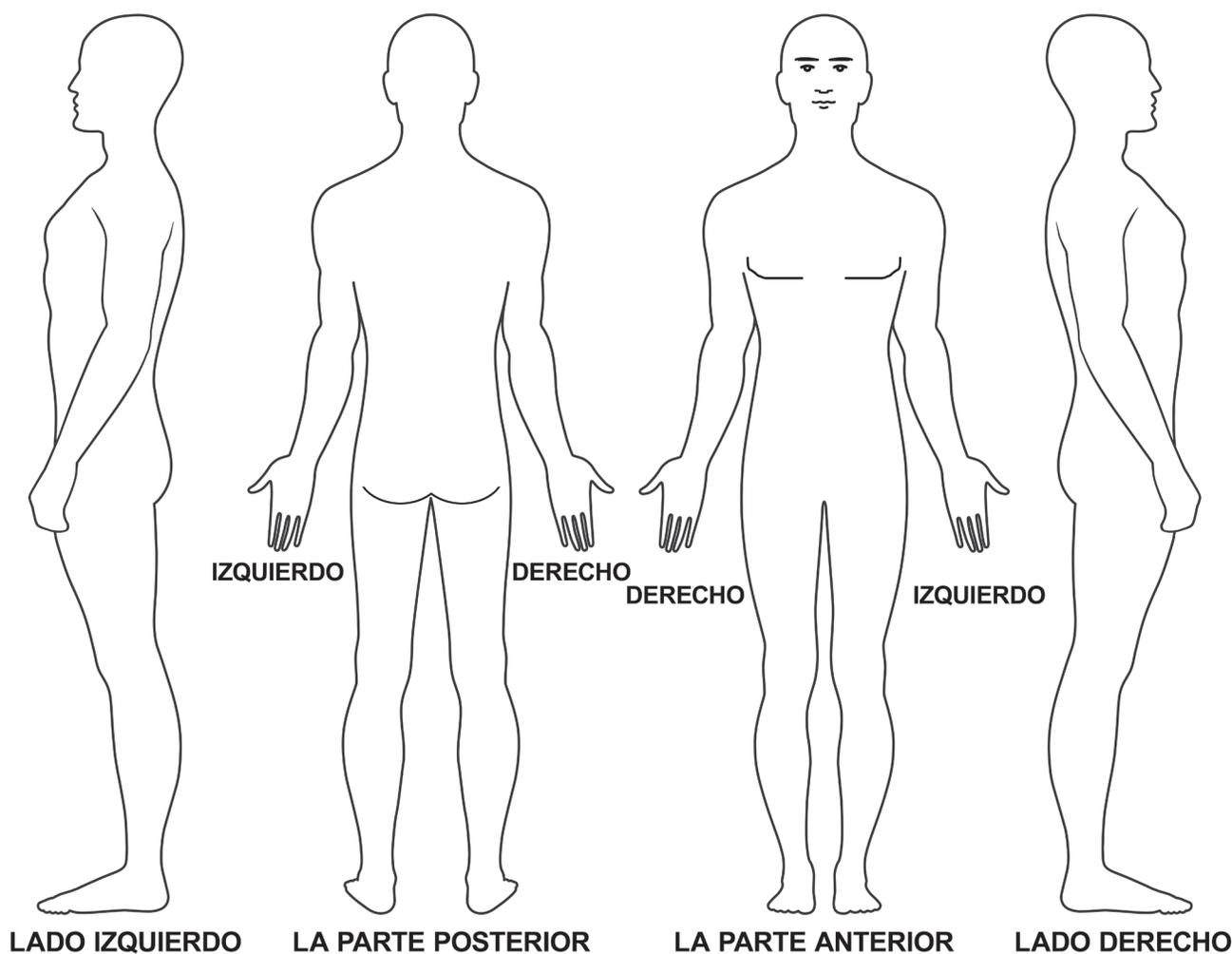
Levantando _____

Miedo o ansiedad _____

¿Cómo afectan sus lesiones su capacidad para trabajar? _____

¿Dónde está tu dolor ahora?

Marque una "X" en el área donde siente dolor
Como resultado del accidente



Nombre del Paciente

X
Firma del paciente