



**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 \_\_\_\_\_

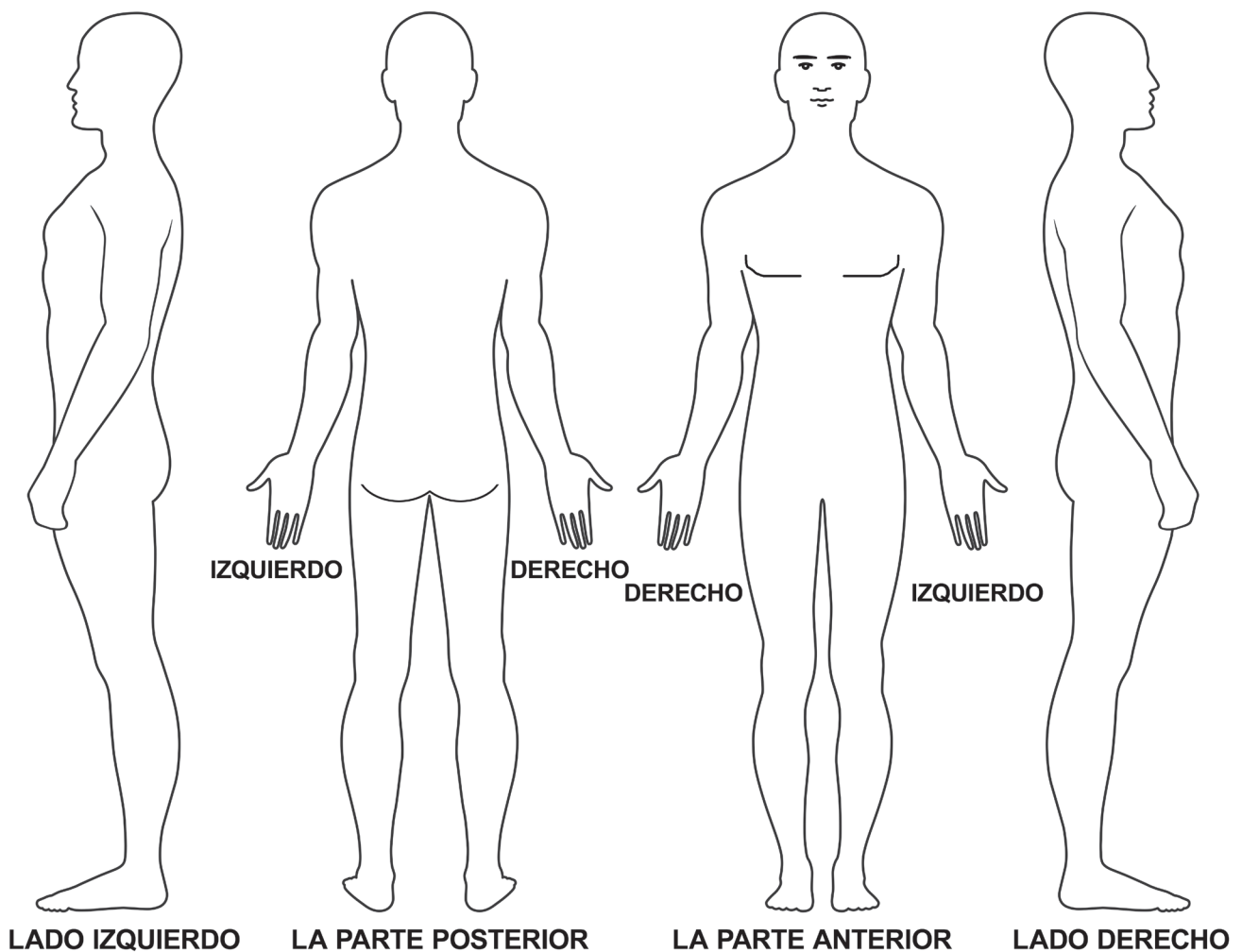
Miedo o ansiedad \_\_\_\_\_

¿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