

Nombre: _____ Fecha del Accidente: _____ Telefono: _____
 Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____Codigo: _____
 Patron: _____ Direccion: _____
 Su Compania de Seguro: _____ Numero de Poliza: _____ Agente: _____
 Conductor del otro vehiculo: _____ Compania de seguro: _____ No. de Poliza: _____
 Tiene Abogado? () Si () No Nombre: _____ Telefono: _____
 Habian testigos? () Si () No Nombre(s): _____ / _____

NATURALEZA DE ACCIDENTE:

1. Fecha del Accidente: _____ Hora: _____ a.m./p.m.
2. Usted fue el: () conductor () pasajero / () asiento delantero () asiento trasero
3. Numero de personas en el vehiculo: _____ En el otro vehiculo: _____
4. Donde ocurrio el accidente: _____
5. a) Tenta usted el pie en el freno? () Si () No Aprox. velocidad de impacto: _____ m
 b) Estaba el cinturón de seguridad puesto? () Si () No Apoya cabeza? () arriba () abajo
 c) Estaba mirando hacia () adelante () derecha () izquierda () sobre el hombro izquierdo
 () sobre el hombro derecho
 d) Vio el vehiculo venir? () Si () No Se preparo? () Si () No
6. Fue usted golpeado por: () detras () adelante () lado izquierdo () lado derecho
7. Quedo usted inconciente? () Si () No Si lo estuvo, por cuanto tiempo? _____
8. Fue llamada la policia? () Si () No
9. En sus propias palabras, por favor describa el accidente: _____

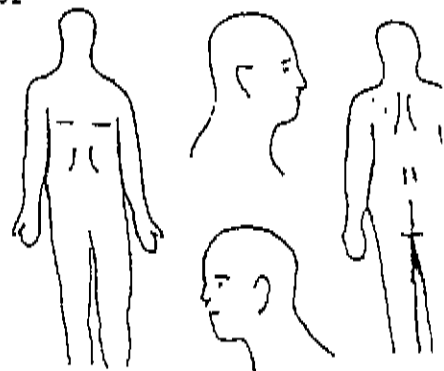
10. Tenia usted algun problema fisico ANTES DEL ACCIDENTE? () Si () No Explique _____

11. Por favor describa como se sintio:

- a. DURANTE el accidente: _____
- b. INMEDIATAMENTE DESPUES del accidente: _____
- c. AL DIA SIGUIENTE: _____

12. Indique sus sintomas actuales: X Punsante; Entumido ardor

13. Tenia usted alguna enfermedad anterior relacionada a este caso?
 () Si () No Si es asi, explique a continuacion _____



14. Desde que ocurrio el accidente sus sintomas han:
 () Mejorado () Empeorado () Igual

Despue el accidente, ha visto a otro accidentado? () Si () No Si contesto si, por favor escri

Nombre y Direccion _____

16. a) Le tomaron Radiografias? () Si () No

b) Que tipo de tratamiento o instrucciones de cuidado recibio? _____

17. Ha perdido tiempo de trabajo como resultado de este accidente? () Si () No

Si contesto que si, por favor conteste lo siguiente:

a. Ultimo dia que trabajo: _____ Esta incapacitado? () Si () No

b. Tipo de trabajo: _____

c. Esta usted compensado por el tiempo de trabajo perdido? () Si () No

Que tipo de compensacion esta recibiendo? _____

18. Ha usted notado algunas restricciones como resultado del accidente? () Si () No

Si es asi, explique con detalles: _____

19. Tiene alguna otra informacion: _____

Fecha

Firma del paciente

SINTOMAS

CABEZA

- Dolor de cabeza
- Cabeza entera
- Parte trasera
- La frente
- La sien
- Migraña
- Cabeza pesada
- Pérdida de memoria
- Delirante
- Desmayo
- Luz molesta los ojos
- Pérdida de olfato
- Pérdida de sabor
- Pérdida de equilibrio
- Mareo
- Pérdida de oído
- Dolor de oídos
- Campaneo
- Zumbido

CUELLO

- Dolor del cuello
- Dolor al moverlo
- Nervio pelliscado
- Cuello torcido
- Cuello tieso
- Espasmos musculares
- Tronidos de cuello
- Artritis en el cuello

ESPALDA INFERIOR

- Dolor
- Empeora el dolor cuando:
 - Trabaja
 - Se levanta
 - Se agacha
 - Se para
 - Se sienta
 - Se dobla
 - Tose
- Nervio pelliscado
- Disco caído
- Torcido
- Espasmos musculares
- Artritis

EN MEDIO DE LA ESPALDA

- Dolor
- Dolor entre espaldillas
- Dolor agudo
- Espasmos musculares

ABDÓMEN

- Estomago nervioso
- Asco
- Gas
- Estreñimiento
- Diarrea

HOMBROS

- Dolor en la junta (D-I)
- Dolor al través de hombros
- Bursitis (D-I)
- Artritis (D-I)
- No puede levantar el brazo
 - Arriba del hombro
 - Arriba de la cabeza
- Tensión en los hombros
- Nervio pelliscado en hombro (D-I)
- Espasmos musculares

BRAZOS Y MANOS

- Dolor de brazo superior
- Dolor de antebrazo
- Dolor en manos
- Dolor en dedos
- Nervio pelliscado en brazo
- Nervio pelliscado en dedos
- Hormigueo en brazos
- Hormigueo en dedos
- Dedos dormidos
- Manos frías
- Hinchazón en los dedos
- Juntas adoloridas en dedos
- Artritis en dedos
- Pérdida de fuerza al apretar

PECHO

- Dolor
- Falta de aire
- Dolor en costillas

CADERAS, PIERNAS Y PIES

- Dolor de asentaderas (D-I)
- Dolor de cadera (D-I)
- Dolor a través de pierna (D-I)
- Dolor a través de ambas piernas
- Calambres en piernas
- Hormigueo en piernas (D-I)
- Pierna dormida (D-I)
- Pie dormido (D-I)
- Dedos dormidos
- Pies fríos
- Calambres en pie (D-I)
- Tobillo hinchado (D-I)
- Pie hinchado (D-I)
- Dolor de juntas en los dedos
- Dolor en pie (D-I)
- Dolor en rodilla (D-I)

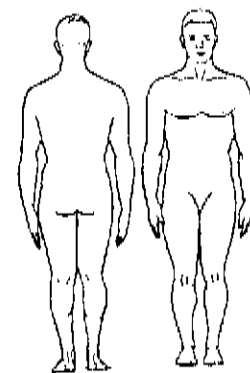
GENERAL

- Nervioso
- Irritable
- Deprimido
- Fatigado
- Cansancio
- Pérdida de sueño
- Pérdida de peso

Ha tenido Ud. radiografías? Sí No Cuando? _____
 Qué área de su cuerpo fue radiografiado? _____

ÚNICAMENTE MUJERES:

Dolor menstrual Cólicos Irregularidad Fecha de su última regla menstrual? _____
 Está Ud. embarazada? Sí No Cuanto tiempo tiene? _____



Por favor marque sus áreas de dolor

El propósito de esta cita: _____

¿Ha Ud. visto otros médicos para esta esta condición? Si No

Si sí: Nombre(s) _____ Fecha _____

Fecha de accidente/enfermedad _____ Hora _____ AM _____ PM _____ Localidad: _____

¿Como ocurrió el accidente? Choque automóbllstico En-el-empleo Otro _____

Por favor describo las circunstancias _____

¿Ha perdido Ud. horas de empleo? Si No

Cirugía anterior _____

Medicinas tomadas en el presente _____

Accidentes anteriores (otros no mencionados arriba) _____

¿Sus padres viven? Si No ¿En buena salud? Sí No

INTRODUCCIÓN DE PACIENTE NUEVO

- Comp. de Trabajadores
- Pago Privado
- Seguro Colectivo o de Grupo
- Medicare Otro _____

Paciente: Sr. Sra. Srta. _____ Fecha _____
(Primer Nombre) (Segundo Nombre) (Apellido de Soltero(a)) (Apellido)

Soltero(a) Casado(a) Separado(a) Divorciado(a) Viudo(a) Co-Habitante Fecha de Nacimiento _____
 Domicilio de hogar _____ Teléfono de hogar _____
(Calle) (Ciudad) (Código Postal) (Domicilio)

Referido por: _____
(Nombre completo) (Domicilio)

Origen de referencia: Esposo(a) Colaborador Compañía de seguros Familia
 Licenciado Médico Publicidad Otro _____

Paciente empleado por: _____ Ocupación _____

Departamento _____ Número de empleado _____

Domicilio de negocio _____ Teléfono de negocio _____

Nombre de esposo(a) _____
(Primer Nombre) (Segundo Nombre) (Apellido de Soltero(a)) (Apellido)

Esposo(a)/Co-habitante empleado por: _____

Departamento _____ Número de empleado _____

Paciente más cercano que no vive con Ud. _____ Relación _____
(Nombre) (Domicilio) (Número de teléfono)

Nombre de la persona legalmente responsable
 (si el paciente es un menor, nombre de padre, guardian, etc.) _____

ASEGURANZA

¿Tiene Ud. Medicare? Si No # _____

Primera compañía de seguros _____ Domicilio _____

Segunda compañía de seguros _____ Domicilio _____

Número de grupo o colectiva/Número de miembro _____

¿Está Ud. asegurado? Si No ¿O dependiente? Si No

AVISO: La siguiente información de crédito es necesaria cuando se le pide a su compañía de seguros, cobros semanales o mensuales.

Banco _____ Sucursal _____ Número de cuenta _____

Número del Seguro Social _____ Número de Licencia de Manejar _____

Por favor, acuerdese que el seguro es considerado como un método de reembolso al paciente por gastos pagados al doctor, y no es un reemplazo de pago. Unas compañías pagan descuentos fijos por ciertos procedimientos, y otras pagan un porcentaje del costo. Es su responsabilidad de pagar cualquier cantidad deducible, co-seguros, o cualesquier balance no pagado por su compañía de seguros.

PARA PODER CONTROLAR EL COSTO DE SU CUENTA, REQUIRIMOS QUE LOS CARGOS DE CADA CITA SEAN PAGADOS AL FINAL DE CADA UNA.

Si esta cuenta es asignada para colección y/o litigio judicial, precios del cobrar y/o interés, y/o sueldos de licenciado, y/o costos judiciales, todo será sumado a la cantidad total debida.

A la extensión necesaria para determinar responsabilidad de pago y para obtener reembolso, yo personalmente autorizo revelar partes de los documentos del paciente.

Yo por la presente asigno todos los beneficios médicos y/o quirúrgicos, que incluyan beneficios médicos principales de los cuales me pertenecen, incluyendo Medicare, seguros privados, y otros programas de salud, a: _____

Esta asignación permanecerá en efecto hasta que sea anulada por el doctor en escrito. Una foto-copia de esta asignación se debe de considerar tan válida como una original. Yo entiendo que soy financieramente responsable por todo gasto sean o no pagados por tal compañía de seguros. Yo presentemente autorizo a tal apoderado para revelar toda información necesaria para asegurar pago.

Firma _____ Fecha _____

Partido Responsable* _____ Fecha _____

*Forma de información (#1088) del partido responsable debe ser completada y unida con esta.

HISTORIA DE COMPENSACIÓN PARA EL TRABAJADOR

Paciente _____ Teléfono () _____

Domicilio _____

Edad _____ Birthdate _____ Ciudad _____ Sexo _____ Soc. Sec. # _____ ESTADO _____ CODIGO POSTAL _____

Nombre de asegurado _____ Teléfono () _____

Domicilio de asegurado _____

Nombre de patron _____ Teléfono () _____

Domicilio de patron _____

1. Tipo de negocio _____ Su ocupacion _____

2. Fecha de accidente _____ Hora _____ AM/PM Ultimo día que trabajo _____

¿Esta sin trabajar? Si No

3. ¿Ha recibido compensacion del trabajo por algun accidente? Si No

4. ¿Reporto el accidente al patron? Si No Nombre a quien el accidente fue reportado _____

5. Lastimadura en _____ Ciudad _____ ESTADO _____ CODIGO POSTAL _____

6. Tiempo que trabajo antes del accidente: _____

7. Clase de brabajo que hacia cuando se lastimo: _____

8. En sus propias palabras describa el accidente: _____

9. ¿Ha recibido tratamiento por otro médico? Si No

Si así es, lista el nombre y domicilio del médico: _____

¿Que clase de tratamiento recibio? _____

¿Por cuanto tiempo fue tratado por este médico? _____

10. Esta usted: mejorado sin cambiar empeorando

11. ¿Que medicinas esta tomando? _____

12. ¿Ha tenido terapia física Si No Si así es, ¿que tan frecuente? _____

¿Le ayudo la terapia física? Si No No se

13. Antes de este accidente, ¿Ha tenido algunas de las quejas física parecidas a las que tiene hoy? Si No

No si Si así es, describa: _____

¿Son estas quejas parecidas el resultado de algun accidente previo? Si No

14. ¿Ha sufrido otros accidentes graves en que se requiero atención médica? Si No describa: _____

15. ¿Ha tenido alguna enfermedad grave que requiero hospitalización? Si No describa: _____

16. ¿Ha tenido cirugias? Si No Si así es, aliste el tipo de cirugías y fechas _____

17. ¿Ha sufrido algun desorden nervioso o mental? Si No Si así es, describa _____

18. ¿Fue usted dado de alta por razones médicas en las Fuerzas Armadas? Si No
19. ¿Ha vuelto a trabajar desde este accidente? Si No Si así es, fecha _____
- Servicio Liviano Servicio Regular Tiempo completo Tiempo Parcial

QUEJAS CORRIENTES:

- Corrientemente, tengo dolor en mi espalda inferior media espalda espalda superior cuello
- My dolor empezo gradualmente de repente
- Tengo dolor aveces todo el tiempo
- Mi dolor corre hacia pierna derecha pierna izquierda ambos brazo derecho brazo izquierdo
- Se me adormece/o hormiguea pierna derecha pierna izquierda ambos brazo derecho
- brazo izquierdo
- Mi dolor es peor cuando tuerzo/estornudo me siento doblo ando levanto empujo jalopujo
- El dolor me despierta durante la noche Si No
- Cambios en la temperatura afecta mi dolor Si No
- Se me entiesa el cuello Si No
- Tengo dolor de cabeza Si No
- Tengo dolor aumenta cuando volteo la cabeza Si No

DESCRIPCIÓN DE TRABAJO

- Un día de trabajo de 8 horas, yo me siento _____ horas. De pie _____ horas. Camino _____ horas.
- Desempeño estas actividades en mi trabajo torser el cuerpo doblar/encorvar cuclillas arrodillar
- gatear encojer trepar empujar balancear
- alcanzar/extender los brazos sobre el nivel de los hombros
- En mi trabajo yo levanto hasta _____ libras frecuentemente ocasional continuamente
- ¿Tienes que doblar al o levantar algo? Si No
- ¿Usas los pies en movimientos repetidos, como en operar controles con los pies? Si No
- ¿Usas las manos en movimientos repetidos? Si No
- ¿Estas expuesto a polvo, humos y/o a gases? Si No

Describe: _____

En breve, explique su descripción de su trabajo: _____

ALGUN OTRO DOLOR: _____

Describe cualquier quejos médica que usted esta experimentando, que este cuestionario no cubrio, o aliste cualquier comentario adicional que usted desea hacer encunto su condición: _____

Firme: _____ Fecha: _____

INDICE DEL CUELLO

Nombre del Paciente _____ Fecha _____

Este cuestionario le dará información a su proveedor de salud sobre como la condición de su cuello afecta su vida diaria. Por favor conteste cada sección marcando la frase que aplica a su condición. Si dos o más frases en una sección describen su condición, por favor marque la frase que describe su condición con más exactitud.

Intensidad del Dolor

0. No tengo dolor en este momento.
1. El dolor es muy suave en este momento.
2. El dolor va y viene y es moderado.
3. El dolor es severo en este momento.
4. El dolor es muy severo en este momento.
5. El dolor es el peor que puedo imaginar en este momento.

Al Dormir

0. No tengo ningún problema durmiendo.
1. Mi sueño esta levemente alterado (desvelado por menos de 1 hora).
2. Mi sueño esta ligeramente alterado (desvelado por 1-2 horas).
3. Mi sueño esta moderadamente alterado (desvelado por 2-3 horas).
4. Mi sueño esta bastante alterado (desvelado por 3-5 horas).
5. Mi sueño esta completamente alterado (desvelando por 5-7 horas).

Lectura

0. Puedo leer tanto como quiero sin dolor de cuello.
1. Puedo leer tanto como quiero con dolor de cuello leve.
2. Puedo leer tanto como quiero con dolor de cuello moderado.
3. No puedo leer tanto como quiero debido a dolor de cuello moderado.
4. Dificilmente puedo leer debido a dolor de cuello severo.
5. No puedo leer debido al dolor de cuello.

Concentración

0. Puedo concentrarme completamente sin dificultad.
1. Puedo concentrarme completamente con ligera dificultad.
2. Tengo algún grado de dificultad para concentrarme.
3. Tengo mucha dificultad al concentrarme.
4. Tengo muchísima dificultad al concentrarme.
5. No puedo concentrarme.

Trabajo

0. Puedo hacer tanto trabajo como deseo.
1. Puedo hacer solamente mi trabajo habitual pero no más.
2. Puedo hacer la mayoría de mi trabajo habitual pero no más.
3. No puedo hacer mi trabajo habitual.
4. Dificilmente puedo hacer algo de trabajo.
5. No puedo hacer ningún trabajo.

Cuidado Personal

0. Puedo cuidar de mí mismo normalmente sin causar más dolor.
1. Puedo cuidar de mí mismo normalmente pero esto causa más dolor.
2. El cuidar de mí mismo es doloroso y soy muy lento y cuidadoso.
3. Necesito alguna ayuda pero puedo hacer la mayor parte de mi cuidado personal.
4. Necesito alguna ayuda todos los días en la mayoría de los aspectos del cuidado personal.
5. No me visto, me baño con dificultad y permanezco en cama.

Al Levantar Objetos

0. Puedo levantar objetos pesados sin causar más dolor.
1. Puedo levantar objetos pesados pero esto causa más dolor.
2. El dolor no me permite levantar objetos pesados del piso, pero puedo hacerlo si los objetos son colocados convenientemente (por ejemplo, en una mesa).
3. El dolor no permite levantar objetos pesados del piso pero puedo levantar objetos ligeros o mediamente pesados si son colocados convenientemente.
4. Puedo levantar solamente objetos ligeros.
5. No puedo levantar o cargar alguna cosa.

Al Conducir

0. Puedo conducir mi carro sin ningún dolor en el cuello.
1. Puedo conducir mi carro tanto como quiero con dolor de cuello ligero.
2. Puedo conducir mi carro tanto como quiero con dolor de cuello moderado.
3. No puedo conducir mi carro tanto como quiero debido a dolor de cuello moderado.
4. Dificilmente puedo conducir debido a dolor de cuello severo.
5. No puedo conducir mi carro debido al dolor de cuello.

Recreación

0. Puedo tomar parte en todas mis actividades recreativas sin dolor de cuello.
1. Puedo tomar parte en todas mis actividades recreativas con dolor de cuello ligero.
2. Puedo tomar parte en la mayoría pero no en todas mis actividades recreativas habituales debido al dolor de cuello.
3. Puedo tomar parte solamente en unas pocas de mis actividades recreativas debido al dolor de cuello.
4. Dificilmente puedo realizar algunas actividades recreativas debido al dolor de cuello.
5. No puedo realizar ninguna actividad recreativa.

Dolor de Cabeza

0. No tengo dolores de cabeza.
1. Tengo dolores de cabeza leves los cuales son infrecuentes.
2. Tengo dolores de cabeza moderados los cuales son infrecuentes.
3. Tengo dolores de cabeza moderados los cuales son frecuentes.
4. Tengo dolores de cabeza severos los cuales son frecuentes.
5. Tengo dolores de cabeza casi todo el tiempo.

Index Score = [Sum of all statements selected / (# of sections with a statement selected x 5)] x 100

Neck Index Score _____