

Estimado paciente,
Estamos pidiendo esta información porque nos preocupamos por su salud y sus respuestas nos ayudará a determinar si la atención quiropráctica puede ayudar. Si no creemos sinceramente su condición responda positivamente, no vamos a aceptar su caso. Para que podamos entender su enfermedad adecuadamente, por favor ser tan pulcro y preciso como sea posible al completar este formulario.

CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS COMPLETAMENTE (Por favor, marque las casillas y llene todos los campos en blanco)

Nombre del Paciente: _____ Fecha del Accidente: _____

1. ¿Tiene un abogado? Sí No
2. ¿Ocurrió el accidente en el trabajo? Sí No
3. Su velocidad estimada en el momento del impacto: Parado Frenando Acelerando Velocidad Normal
4. ¿Su vehículo huelga cualquier otro coche u objeto (s) después del accidente? No Sí, Objeto: _____
5. ¿Cuál fue el momento del día? Horas Diurnas Amanecer Anochecer Noche
6. ¿Cuáles fueron las condiciones de la calle? Seco Húmedo Mojado Nieve Hielo Otro: _____
7. ¿Se notificó a la policía? Sí No
8. ¿Fue golpeado de? Detrás En Frente Lado del Conductor Lado del Pasajero Otro: _____
9. Usted era: Conductor Pasajero en Frente Pasajero en el Asiento de Atrás Otro: _____
10. ¿Qué tipo de vehículo que estaba en? _____
11. ¿Qué tipo de vehículo que golpeó? _____
12. ¿Se utilizan sistemas de retención? Sí No, Tipo: Regazo y Hombro Solo Regazo Asiento del Niño
 Otro: _____
13. Posición de su cuerpo: Mirando al Frente Girado a la Izquierda Girado a la Derecha Inclinado Hacia Adelante Otro: _____
14. Posición de su cabeza: Mirando al Frente Girado a la Izquierda Girado a la Derecha Arriba Abajo
15. ¿Se aplican los frenos al momento del impacto? Sí No N/A
16. ¿Eras consciente de accidente inminente? Sí No
17. ¿Hizo desplegar su airbag? Sí No
18. Si su bolsa de aire se despliegan , ¿estaba impresionado por el airbag? Sí No N/A
19. ¿Sabía usted incurre cualquier quemadura ? No Sí, Donde? _____
20. ¿Su cuerpo golpeó algo en el vehículo? Sí No En caso afirmativo , ¿qué? _____
21. ¿Llevabas un sombrero o anteojos? Sí No En caso afirmativo , ¿estabas aún lleva puestos? Sí No
22. ¿Dónde siente el dolor inmediatamente después del accidente? _____
23. ¿Fue golpeado hasta quedar inconsciente? Sí No
En caso afirmativo , ¿por cuánto tiempo? _____
24. ¿A dónde fuiste después del accidente? Casa Trabajo Hospital: _____ Otro: _____
25. ¿Cómo llegaste? Mi Coche Ambulancia Otro: _____
26. ¿Qué tratamiento se le dio / prescrito en el hospital / la oficina del doctor?: Medicamentos para el Dolor
 Radiografía (donde en su cuerpo): _____ Otro: _____
27. ¿Recibió algún punto de sutura para cualquier recorte en el hospital? Sí No
En caso afirmativo , ¿donde en su cuerpo? _____
28. ¿Tuvo contusiones o abrasiones? Sí No En caso afirmativo , ¿donde en su cuerpo? _____
29. ¿Ha faltado al trabajo debido al accidente? Sí No En caso afirmativo , ¿cuánto? _____
30. Desde esta lesión, son sus síntomas:: Mejorando Empeorando Lo Mismo

Descripción del Accidente (Otro lado) →

31. Cuando paso el accidente de su vehículo? trasera del lado del conductor delantero volcadura
32. ¿Dónde ocurrió el accidente del otro vehículo? trasera del lado del conductor delantero volcadura del lado del pasajero
33. Describe los daños a su vehículo: Mínimo Moderado Perdida total
34. Describe el daño en el otro vehículo: Mínimo Moderado Perdida total
35. ¿Qué velocidad llevaba en el momento del accidente? Moderado Alto Detenido Despasio
36. ¿Qué velocidad llevaba el otro vehículo en movimiento en el momento del accidente? Moderado Alto Detenido lenta
37. Describe lo que sucedió (ubicación, cómo ocurrió el accidente, etc.):