

SMITH CHIROPRACTIC • DR. ERIC C. SMITH, D.C.

6431 Fairmount Ave. Suite 7

El Cerrito, CA 94530

Phone (510) 528-0378 • Fax (510) 528-0162

Registracion de Nuevo Paciente y Questionario de Accidente ①

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha: _____
APELLIDO NOMBRE 2ndo. NOMBRE

Direccion: _____ #Seguro Social : _____ Hombre Mujer

Ciudad, Estado, Codigo: _____ Estatuto Marital: C S V D # de Hijos _____

Numero de Telefono (_____) _____ Telefono del Trabajo (_____) _____

Telefono Celular (_____) _____ Correo Electronico: _____

Empleador: _____ Nombre del Esposo(a): _____

Ocupacion: _____ Empleador del Esposo(a): _____

En caso de emergencia, notificar _____ **Relacion:** _____ **Telefono (_____)** _____

Sintomas Actuales: 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

5. _____ 6. _____ 7. _____ 8. _____

Cuando empezaron sus sintomas? _____

En general que hace que sus sintomas mejoren? _____

En lo general que hace que sus sintomas empeoren? _____

En general que hace que sus síntomas empeoren? (adolorido, ardiente, tedioso, agudo, pulsante): _____

Sus sintomas estan en un solo lugar o se mueven a otra area? (si es asi, en donde?) _____

Sus sintomas son: Constantes >76% Frecuencia 51-75% Ocasional 26-50% Intermitente <25% de las horas que esta despierto.

Tiene sintomas en la cual no se habian resuelto antes de su accidente? (por favor liste)

Por favor liste sus medicamentos y dosis: **Frecuencia** **Para que Enfermedad?**

Liste alguna alergia a medicamentos, comida u otro: _____

Esta embarazada? SI No Primer dia de su ciclo menstrual: _____

Fuma? Si No; Cuanto? _____ Toma alcohol? Si No; Cuanto? _____

Por favor liste enfermedades serias y accidentes: **Mes y Ano** **Ciudad, Estado**

SMITH CHIROPRACTIC • DR. ERIC C. SMITH, D.C.

6431 Fairmount Ave. Suite 7

El Cerrito, CA 94530

Phone (510) 528-0378 • Fax (510) 528-0162

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

Por favor liste recientes rayos-x, laboratorios e otro tipo de exámenes: _____ **Fecha** _____ **Oficina/Doctor** _____

Fecha del Choque/Accidente: _____ Hora: _____ AM PM

Locacion especifica en el lugar del Choque/Accidente: _____

Describa en detalle y con sus propias palabras: _____

Solamente Automovil/Motocicleta

En el accidente /choque: Usted era el Conductor Pasajero Peaton Otro? _____

Su vehiculo le pego al otro vehiculo? Si No El otro vehiculo? Si No

Por que lado le pegaron? Atras Frente Lado del Conductor Lado del Conductor

Solo para Motocicleta: Lado Izquierdo Lado Derecho

Se le dieron infracciones? A usted Conductor de el Vehiculo Conductor del otro Vehiculo No Citatorios Dados

Su vehiculo se dirijia? Norte Sur Este Oeste en _____ (Calle/Autopista)

El otro vehiculo se dirijia? Norte Sur Este Oeste en _____ (Calle/Autopista)

CHEQUE LOS SIGUIENTES SINTOMAS QUE USTED A NOTADO DESDE EL CHOQUE/ACCIDENTE:

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza | <input type="checkbox"/> Dolor en la Espalda | <input type="checkbox"/> Dolor de Espalda Baja | <input type="checkbox"/> Timbre en los Oidos |
| <input type="checkbox"/> Dolor de Cuello | <input type="checkbox"/> Dolor de Pecho | <input type="checkbox"/> Espalda Tirante | <input type="checkbox"/> Zumbido de Oidos |
| <input type="checkbox"/> Cuello Tieso | <input type="checkbox"/> Pecho Moreteado | <input type="checkbox"/> Dolor Radiante | <input type="checkbox"/> Mareos |
| <input type="checkbox"/> Sueno Inquieto | <input type="checkbox"/> Moretones en Todo | <input type="checkbox"/> Perdida de Olor | <input type="checkbox"/> Perdida de Olor |
| <input type="checkbox"/> Depresion | <input type="checkbox"/> Vision Nublada | <input type="checkbox"/> Hormigueo en los Brazos | <input type="checkbox"/> Perdida de Apetito |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Sensitivides a la Luz | <input type="checkbox"/> Dolor de Quijada (TMJ) | <input type="checkbox"/> Quemaduras |
| <input type="checkbox"/> Desmayos | <input type="checkbox"/> Dolor de Espalda Baja | <input type="checkbox"/> Dolor de la Pierna Posterior de Arriba | <input type="checkbox"/> Cortadas |
| <input type="checkbox"/> Espasmos de Musculo | <input type="checkbox"/> Dolor de Brazo Bajo | <input type="checkbox"/> Dolor de la pierna Posterior de Abajo | <input type="checkbox"/> Puntadas |

Otros Sintomas: _____

A perdido Tiempo de su Trabajo? Si No: Si es asi, Fechas: _____ a _____

A donde fue despues del Choque/Accidente? Hospital Urgencias Casa Trabajo Otro _____

Lo llevaron en Ambulancia? Si No **A que Hospital?** _____

Direccion: _____ Fecha de Hospitalizacion: _____

Dr. que lo Atendio en el Hospital: _____ Tratamiento Dado? _____

Ha hecho usted estas cosas después del choque/accidente?:

- | | | |
|--|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hielo | <input type="checkbox"/> Medicamento (nombre) _____ | <input type="checkbox"/> Descanso |
| <input type="checkbox"/> Calor (de cualquier tipo) | <input type="checkbox"/> Ejercicio | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

SMITH CHIROPRACTIC • DR. ERIC C. SMITH, D.C.

6431 Fairmount Ave. Suite 7

El Cerrito, CA 94530

Phone (510) 528-0378 • Fax (510) 528-0162

Nombre de el Paciente: _____ Fecha: _____

Tiene Algun Historial Acerca de las Enfermedades de la Lista de Abajo?:

Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Si	Pulmones	<input type="checkbox"/> Si	Gota	<input type="checkbox"/> Si	Diabetes	<input type="checkbox"/> Si
Rinones	<input type="checkbox"/> Si	Ulceras	<input type="checkbox"/> Si	Corazon	<input type="checkbox"/> Si	Hepatitis	<input type="checkbox"/> Si
Sciatica	<input type="checkbox"/> Si	Presion	<input type="checkbox"/> Si	Transfusiones	<input type="checkbox"/> Si	Polio / MS	<input type="checkbox"/> Si
Colon	<input type="checkbox"/> Si	Ataque	<input type="checkbox"/> Si	Cancer	<input type="checkbox"/> Si	Hemorragias	<input type="checkbox"/> Si
Paralisis	<input type="checkbox"/> Si	Ataque Eepileptico	<input type="checkbox"/> Si	Artritis	<input type="checkbox"/> Si	Asma	<input type="checkbox"/> Si
Anemia	<input type="checkbox"/> Si	Tiroide	<input type="checkbox"/> Si	Drogas	<input type="checkbox"/> Si	AIDS (sida)	<input type="checkbox"/> Si

Por Favor Denos La Informacion Apropriada de su Aseguranza:

1) NOMBRE DE SU ASEGURANZA: _____

Direccion: _____ Telefono:(_____) _____ Aseguranza: _____

Numero de Reclamo: _____ Numero de la Polisa: _____

Representante del Reclamo: _____

Telefono: (_____) _____ Fax: (_____) _____

Beneficios Medicos: _____ Beneficios sin Seguro: _____ Beneficios Bajo Seguro: _____

A firmado usted una Renuncia de sus Beneficios? Si No No estoy Seguro

Eres Estudiante de Tiempo Completo? Si No Vives con Algun Familiar? Si No

2) NOMBRE DE SU ASEGURANZA DE SALUD: _____

Direccion: _____ Aseguranza: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Numero de Polisa: _____ Numero S.S.: _____

Telefono: (_____) _____ Fax: (_____) _____

3) NOMBRE DE TERCER PARTIDO DE SU ASEGURANZA: _____

Direccion : _____ Representante de Reclamo: _____

Numero de Reclamo: _____ Numero de Polisa: _____

Nombre del Asegurado: _____

Telefono: (_____) _____ Fax: (_____) _____

4) ABOGADO: _____ Asistente Legal: _____

Direccion: _____

Telefono: (_____) _____ Fax: (_____) _____

Acuerdo de Conformidad (ACTO DE PRIVACIDAD)

Nuestra oficina es requerida por ley de mantenerlo informado del acto de privacidad. Esta nota explica de nuestras responsabilidades legales y nuestras practicas de privacidad con respecto a la proteccion e informacion de su salud. Por favor firme en las lineas de abajo reconociendo que usted a leído esta nota del Acto de Privacidad. Una copia se le pude proveer si usted lo desea.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Testigo: _____ Fecha: _____ Iniciales del Personal _____