Registración Para El Paciente de Auto

Fecha: _____ Médico Que lo referio: _____ Abogado: _____
Today's Date Referral Doctor Attorney

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____SSN #: _____
Name DOB SSN

Sexo: □ Masculino □ Femenino Estado Civil: □ Casado □ Soltero □ Divorciado
GenderMaleFemale Marital Status Married Single Divorced

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado:___ Código Postal: ____
Street Address City State Zip Code

Teléfono de la casa: _____ Teléfono móvil: _____ Teléfono alternativo: _____
Home Phone Mobile PhoneAlternativePhone

Email: _____

Contacto de emergencia: _____ Relación: _____Teléfono: _____
Emergency Contact RelationshipPhone

Estado actual del empleo: □ Tiempo completo □ Tiempo parcial □ Retirado □ Estudiante
CurrentEmployment Status Full Time Part Time RetiredStudent
□ fabricante Inicio □ Desempleado □ Incapacitado □ Trabaja para Ud. mismo
Home MakerUnemployedDisabledSelf-employeed

Los más recientes Ocupación: _____ Empleador: _____
MostrecentoccupationEmployer

Fecha del accidente: _____ Seguro Del Auto: _____ Seguro Medico:_____
Date of Accident Auto InsurerHealthcareInsurer

Vehículo en el accidente: □ Su Vehículo □ Vehículo Comercial□ Otro vehículo
Vehicle in accidentYourvehicleCommercialVehicleOthervehicle

¿Perdió la conciencia? □ Sí □ No ¿Fue llevado a la sala de emergencia? □ Sí □ No
Didyou lose consciousness? Y N Wereyoutakento ER? Y N

Si fue llevado al hospital, a cual fue? _____ ¿Cómo? □ Ambulancia □ Coche
If yes, which hospital? How? Ambulance Car

¿Le dieron de alta el mismo día? □ Sí □ No
Wereyoudischargedonsameday? Y N

¿Fuiste al hospital a los pocos días después del accidente? □ Sí □ No
Didyougoto hospital within a fewdays after accident? Y N

En caso afirmativo, a cualhospital? _____ ¿Cuándo? _____
If yes, which hospital? When?

En el accidente usted era: □ Conductor □Pasajero □ Caminaba
In theaccidentyouwere: Driver Passenger Walking
□ Montaba motocicleta □ Montaba Bicicleta
RidingmotorcycleRidingbicycle

Si usted fuera pasajero, ¿dónde te sentaste? □ Asiento delantero □ asiento trasero
Ifyouwerepassenger, wheredidyousit? Front Seat Back Seat

¿Llevabas cinturón de seguridad? □ Sí □ No ¿Se Abrió la bolsa de aire? □ Sí □ No
Wereyouwearingseatbelt? Y N Did airbag deploy? Y N

Donde Fue golpeado el coche?□ Adelante □ La Parte Detrás □ De Lado
Whereisthe car hit? Front Rear Said

En Qué lado Fue el coche golpeado? □ El lado del Conductor □ El lado del pasajero
Whichsideifthe car is hit on side? Driver side Passenger side

Estatura: _____ Peso: _____
Height Weight

¿Fuma? □ Sí □ No En caso afirmativo, ¿cuánto? _____
Do yousmoke? Y N If Yes, howmuch?

¿Consume alcohol? □ Sí □ No En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia?_____
Do u consume alcohol? Y N If Yes, howoften?

¿Tiene alguna alergia? □ Sí □ No En caso afirmativo, indique _____
Do youhaveanyallergies? Y N If Yes, pleaselist.

¿Ha tenido udalguen otro acidente en el pasado? □ Sí □ No En caso afirmativo,¿Cuándo? _____

Describa como paso su accidente:_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Have you had any prior accidents in the past? Y NIf Yes, when and any treatment?

□ Sin dolor antes □ Accidente actual agrava el dolor
Pain free before Current accident exacerbated pain

Haga una lista de las condiciones médicas actuales y el proveedor de atención médica después de accidente de auto (*Pleaselist CURRENT medical conditions and medical careprovider after auto accident):*

_____
_____
_____

Haga una lista de las condiciones médicas pasadas y el proveedor de atención médica antes de

accidente de auto*(Pleaselist PAST medical conditions and medical careproviderbefore auto accident)*:

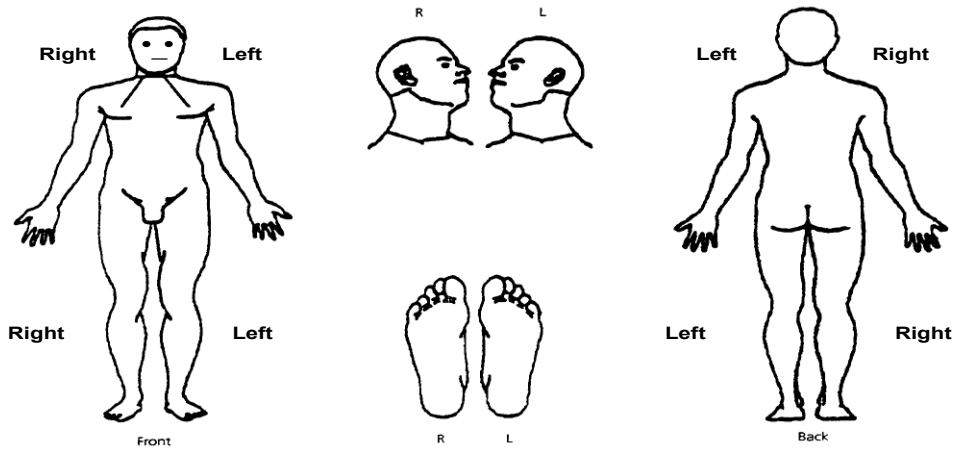
_____
_____
_____

Enumere todas las cirugías y año*(Pleaselistall SURGERIES and Year)*:

_____
_____
_____
_____

Por favor haga lista de medicamentos con la dosis y la frecuencia que usted está tomando:
(Pleaselist MEDICATIONS withdosage and frequencyyou are taking)

_____
_____
_____
_____
_____



El nivel de dolor menos (siendo 0 la menor cantidad de dolor): 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
LeastpainLevel (0 beingtheleastamount of pain)

El nivel de dolor peor (siendo 10 el maximo cantidad de dolor): 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
WorstPainLavel (0 beingtheleastamount of pain)

¿Cuál de los siguientes tratamientos que ha tenido para el dolor? Marque todas las que apliquen.
Whichofthefollowingtreatmentshaveyouhadforyourpain? Checkallthatapply

□ Durante el analgésico contra (como Motrin, Advil, aspirina, Aleve, Tylenol)
Overthecounterpainkiller

□ Cirugía □ **Tratamiento Quiropráctico (cuánto tiempo?** _____)
SurgeryChiropractictreatment (Howlong?)

□ **Terapia Física (cuánto tiempo?** _____) □ Acupuntura Quiropráctica
Physicaltherapy (Howlong?) *Acupuncture treatment*

□ Los bloqueos nerviosos e inyecciones (como la epidural, inyecciones de faceta, etc)
Nerve blocks and injections (such as epidurals, facetinjections, etc)

□ TENS □ Toxina Botulínica □ Biofeedback training / Relajación □ Consejería / Psicoterapia
TENS Botox InjectionBiofeedback/Relaxation training Counseling/Pshchotherapy

□ Otro: _____
Others

¿Cuál de los siguientes a que su dolor se sienta peor? Marque todas las que apliquen.
Whichofthefollowingmakeyourpainfeelworse? Checkallthatapply

□ De pie Sentado □ De Pie Permanente □ Para Caminar □ Acostarse
Sitting Standing WalkingLyingdown

□ Inclinarse hacia adelante □ Flexión hacia atrás □ hora Mañana □ hora de la tarde
Bending Forward Bendingbackward MorninghoursEveninghours

□ Toser, estornudar □ clima húmedo □fisioterapia□ Levantarse de la cama □ Estrés
Coughing, sneezingDampweatherPhysicaltherapyGettingout of bed Stress

□ Otro: _____
Other

¿Cuál de los siguientes a que su dolor se sienta mejor? Marque todas las que apliquen.
Whichofthefollowingmakeyourpainfeelbetter? Checkallthatapply

□ De pie Sentado □ De Pie Permanente □ Para Caminar □ Acostarse
Sitting Standing WalkingLyingdown

□ Inclinarse hacia adelante □ Flexión hacia atrás □ hora Mañana □ hora de la tarde
Bending Forward Bendingbackward MorninghoursEveninghours

□ Relajación □ Fisioterapia □ Acupuntura □ Calor □ Banco de hielo □ Alcohol
Relaxation Physical therapy Acupuncture Heat Ice Pack Alcohol

□ Otro: _____
Other

Firma_____ Fecha_____
Signature *Date*