

WeCare Medical Specialty Group

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
Gender Male Female 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 Phone Alternative Phone

Email: _____

Contacto de emergencia: _____ Relación: _____ Teléfono: _____
Emergency Contact Relationship Phone

Estado actual del empleo: Tiempo completo Tiempo parcial Retirado Estudiante
Current Employment Status Full Time Part Time Retired Student
 fabricante Inicio Desempleado Incapacitado Trabaja para Ud. mismo
Home Maker Unemployed Disabled Self-employed

Los más recientes Ocupación: _____ Empleador: _____
Most recent occupation Employer

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

Vehículo en el accidente: Su Vehículo Vehículo Comercial Otro vehículo
Vehicle in accident Your vehicle Commercial Vehicle Other vehicle

¿Perdió la conciencia? Sí No ¿Fue llevado a la sala de emergencia? Sí No
Did you lose consciousness? Y N Were you taken to 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
Were you discharged on same day? Y N

¿Fuiste al hospital a los pocos días después del accidente? Sí No
Did you go to hospital within a few days after accident? Y N

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

En el accidente usted era: Conductor Pasajero Caminaba
In the accident you were: Driver Passenger Walking
 Montaba motocicleta Montaba Bicicleta
Riding motorcycle Riding bicycle

Si usted fuera pasajero, ¿dónde te sentaste? Asiento delantero asiento trasero
If you were passenger, where did you sit? Front Seat Back Seat

WeCare Medical Specialty Group

¿Llevabas cinturón de seguridad? Sí No ¿Se Abrió la bolsa de aire? Sí No
Were you wearing seatbelt? Y N Did airbag deploy? Y N

Donde Fue golpeado el coche? Adelante La Parte Detrás De Lado
Where is the car hit? Front Rear Side

En Qué lado Fue el coche golpeado? El lado del Conductor El lado del pasajero
Which side if the car is hit on side? Driver side Passenger side

Estatura: _____ Peso: _____
Height Weight

¿Fuma? Sí No En caso afirmativo, ¿cuánto? _____
Do you smoke? Y N If Yes, how much?

¿Consumes alcohol? Sí No En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia? _____
Do u consume alcohol? Y N If Yes, how often?

¿Tiene alguna alergia? Sí No En caso afirmativo, indique _____
Do you have any allergies? Y N If Yes, please list.

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

Describe como paso su accidente: _____

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

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

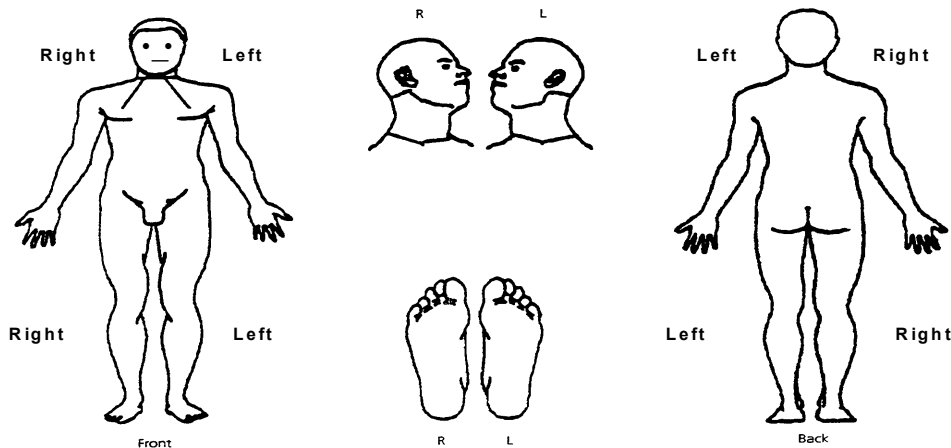
Haga una lista de las condiciones médicas actuales y el proveedor de atención médica después de accidente de auto (*Please list CURRENT medical conditions and medical care provider after auto accident*):

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

accidente de auto (Please list PAST medical conditions and medical care provider before auto accident):

Enumere todas las cirugías y año (Please list all SURGERIES and Year):

Por favor haga lista de medicamentos con la dosis y la frecuencia que usted está tomando:
(Please list MEDICATIONS with dosage and frequency you 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
Least pain level (0 being the least amount of pain)

El nivel de dolor peor (siendo 10 el máximo cantidad de dolor): 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Worst pain level (0 being the least amount of pain)

¿Cuál de los siguientes tratamientos que ha tenido para el dolor? Marque todas las que apliquen.
Which of the following treatments have you had for your pain? Check all that apply

Durante el analgésico contra (como Motrin, Advil, aspirina, Aleve, Tylenol)
Over the counter painkiller

Cirugía **Tratamiento Quiropráctico (cuánto tiempo? _____)**
Surgery Chiropractic treatment (How long?)

WeCare Medical Specialty Group

Terapia Física (cuánto tiempo? _____)
Physicaltherapy (Howlong?)

Acupuntura Quiropráctica
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 Injection Biofeedback/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