

CONFIDENTIAL PATIENT INFORMATION

Dear Patient: Please complete this questionnaire. Your answers will help us determine if we can help you. If we sincerely believe we can help your condition satisfactorily, we will accept you as a patient. THANK YOU.

Date: _____
(Fecha de hoy)

Full Name: _____ **S.S.#:** _____ - _____ - _____
(Nombre Completo) (Seguridad social)

Age: _____ **Date of Birth:** _____ **Gender:** _____ **Marital Status:** _____
(Edad) (Fecha de Nacimiento) (Sexo) (Estado Civil)

Address: _____ **City:** _____ **State:** _____ **Zip Code:** _____
(Direccion) (Ciudad) (Estado) (Codigo de area)

Home Phone: () - _____ **Cell Phone:** () - _____ **Email:** _____
(Numero de Telefono) (Numero de Cellular) (Direccion de correo electronico)

Occupation: _____ **Employer:** _____ **Work Phone:** () _____
(Ocupacion) (Empleador) (Telefono del Trabajo)

Contact in case of emergency: _____ **Phone:** _____
(Nombre y telefono de contacto en caso de emergencia)

1. **Are your symptoms the result of an accident?** YES / NO
(Son sus sintomas el resultado de un accidente?)
2. **Date of the Accident** _____ **Type of Accident:** _____
(Fecha del accidente) (Clase de Accidente)
3. **How long have you had these symptoms?** _____
(Desde cuando tiene usted estos sintomas?)
4. **Are your symptoms getting worse?** YES / NO CONSTANT / COMES & GOES
(Sus sintomas estan empeorando?)
5. **Have you ever had these symptoms before?** YES / NO **If yes, when?** _____
(Ha tenido usted estos sintomas antes?) (Cuando?)
6. **If an auto accident, were you:** DRIVER / FRONT PASSENGER / REAR PASSENGER
(Si fue un accidente de carro, usted era: Conductor Pasajero de frente Pasajero de detras)
7. **Were you wearing a seat belt and shoulder harness?** YES / NO
(Tenia el cinturon de seguridad puesto?)
8. **Did you lose consciousness?** YES / NO **If yes, how long?** _____
(Perdio el conocimiento?) (Por quanto tiempo?)
9. **Were you SURPRISED / AWARE when the accident occurred?** Please circle one.
(Fue usted sorprendido o sabia que el accidente ocurriria?)
10. **Was your vehicle STOPPED / MOVING at the time of impact?** Please circle one.
(Su vehiculo estaba detenido o en movimiento en el momento de impacto?)
11. **Were you looking FORWARD / DOWN / LEFT / RIGHT?** Please circle one.
(Estaba usted mirando hacia el frente, abajo, a la derecha, a la izquierda) Circule
12. **Did any part of your body hit the inside of the car?** YES / NO **If yes, which part?** _____
(Se pego en alguna parte del cuerpo dentro del carro?) (Cual parte?)
13. **Did you have immediate pain following the accident?** YES / NO
(Tuvo dolor inmediateamente despues del accidente?)
14. **Did you go to the hospital or medical center?** YES / NO **By ambulance?** YES / NO
(Fue al hospital?) (En ambulancia?)
15. **Which hospital / medical center did you go?** _____ **When?** _____
(A que hospital fue?) (Quando?)

16. What were your symptoms at that time? _____
(Que sintomas tenia cuando fue al hospital?)
17. Were x-rays performed? YES / NO If yes, what part of the body? _____
(Le tomaron placas?) (En que parte del cuerpo?)
18. What other tests were performed? _____
(Que otro tipo de examen le han hecho?)
19. What medications are you currently taking? _____
(Que medicina esta tomando actualmente?)
20. What makes the pain feel better? _____ Worst? _____
(Que le mejora el dolor?) (y lo que es peor?)
21. Do you or your family have any medical problems? _____
(Diabetes, High Blood Pressure, Cancer, etc.)
(Tiene usted o su familia algun problema medico? Por favor explicar)
22. Do you smoke? YES / NO If yes, how much? _____
(Usted fuma?) (Que cantidad?)
23. Do you drink? YES / NO If yes, how much? _____
(Toma bebidas alcoholicas?) (Que cantidad?)
24. Please describe the accident: _____

(Explicar el accidente)

25. Do you have an Attorney? If yes, what is his/her name? _____
(Tiene abogado?) (Cual es el nombre del abogado?)
26. What is the name of your auto insurance? _____
(Cual es el nombre de seguro del automovil?)
27. Do you have health insurance? If yes, what insurance? _____ Please give your card to the front desk.
(Tiene seguro del salud?) (Cual?)
28. Have you seen anyone else for this condition? _____ If yes, who? _____
(Ha visto otro medico por este problema?) (Quiene?)
29. Please circle your symptoms:
(Circule sus sintomas:)

1. Headaches
(Dolor de cabeza)

2. Neck pain
(Dolor de cuello)

3. Shoulder pain
(Dolor de hombro)

4. Arm pain
(Dolor de brazo)

5. Vertigo (Dizziness)
(Mareo)

6. Mid-back pain
(Dolor de media espalda)

7. Lower back pain
(Dolor de espalda)

8. Leg pain
(Dolor de pierna)

9. Ankle pain
(Dolor de tobillo)

10. Chest pain
(Dolor del pecho)

Other: _____
(Otro)

30. On a pain scale of 1 – 10, 1 being almost no pain and 10 being the greatest, what do you rate your pain today? _____

To the best of my knowledge, the above information is accurate and describes my current condition.

Please Sign here: _____ Date: _____

CUESTIONARIO

INFORMACION GENERAL

1. En el impacto, sintio que algo en su cuerpo se rompio? SI NO
2. Sus sintomas estan afectando su trabajo o rutina diaria? SI NO
3. A que hora del dia empeora el dolor? __Mañana __Tarde __Noche
4. Tiene problemas al dormir? SI NO
5. Que posicion empeora el dolor? _____
6. Que empeora el dolor? __Heat __Cold
7. Se levanta con dolor por la noche? SI NO
8. Siente que el dolor sube y baja por su columna? SI NO
9. La aspirina le alivia el dolor? SI NO
10. Cuando tose o estornuda aumenta el dolor? SI NO

SINTOMAS DE LA ESPALDA

1. Tiene dolor de espalda? SI NO
2. Siente adormecimiento en los pies? SI NO
3. El dolor corre por sus piernas? SI NO
4. Siente dolor de estomago? SI NO
5. Tiene algun problema al ir al baño? SI NO
6. Tiene dolor de rodillas? SI NO
7. Tiene dolor de tobillos? SI NO

SINTOMAS DE CUELLO

1. Tiene dolor de cuello? SI NO
2. Tiene dolor en: __Brazo izquierdo __Brazo derecho
__Hombro izquierdo __Hombro derecho
3. Siente adormecimiento en los brazos? SI NO

4.	Siente adormecimiento en sus manos?	SI	NO
5.	Siente dificultad al mover la cabeza?	SI	NO
6.	Tiene dolores de cabeza?	SI	NO
7.	Siente presion detras de los ojos?	SI	NO
8.	Siente deseos de vomitar?	SI	NO
9.	Tiene problema para pasar la comida?	SI	NO
10.	Tiene dolor de pecho?	SI	NO
11.	Han aumentado sus nervios?	SI	NO
12.	El dolor del cuello esta afectando su vision, audicion o balance?	SI	NO

Clases de dolor (Circule uno): Punzante, Presionante, Calambre, Adormecimiento, Constante.

RESTRICCIONES

1. Cuanto tiempo ha perdido de trabajo? _____
2. Que restricciones fisica tiene ahora? _____

Nombre del Paciente _____ Fecha _____