

DeCrescenzo Chiropractic

Slip & Fall Injury Form

INFORMACION GENERAL:

Fecha de hoy: _____ / _____ /20_____

Nombre Completo: _____ SS #: _____
Primer Nombre Segundo Nombre Apellido

Direccion: _____
Nº Calle Nº de Apartamento Ciudad Estado Codigo de area

Edad: ____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: Hombre Mujer Estado Civil: _____

Numero de telefono: _____ Numero de celular: _____

Numero de trabajo: _____ Correo Electronico: _____@_____.com

Empleador: _____ Ocupacion: _____

Numero de telefono de contacto: _____

INFORMACION SOBRE EL ACCIDENTE:

Fecha de accidente: _____

Donde ocurrio la caída ? _____

Sabe usted la information del seguro responsable donde ocurrio la caída? Si No

Si sabe la information: El nombre del seguro, direccion y numero de telefono: _____

Qué estaba haciendo antes de ocurrir el accidente ? _____

Vio usted el obstáculo o condición que causó su caída? Si No

Condición de la superficie para caminar: Seco Barro(pantano) Nieve/hielo Mojado

Ubicación: Entrada/Salida Pasillo Estacionamiento Acera/Pasarela Escaleras / Escalones Rampa
 Baño Otro: _____

En qué tipo de superficie se cayó usted? _____

Se callo usted: Hacia adelante Hacia atras ? En el lado: Derecho Izquierdo ?

Estaba usted mirando: Hacia adelante Hacia abajo Hacia a la izquierda Hacia a la derecha

Hubo señales de precaución colocados cerca del lugar del accidente? Si No

De que altura te caíste? _____ Como quanto escaleras caistes? _____

Por favor describa el accidente en sus propias palabras: _____

Tuvo dolor inmediato después de el accidente? Si No

Sus síntomas afectan sus actividades diarias? Si No

CONDICION Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE:

Perdio usted el conocimiento? Si No Si es así, por cuanto tiempo? _____

Cuales fueron sus sintomas despues del accidente? _____

Fue usted al hospital? Si No Si es así, a que hospital fue: _____

Cuando? Inmediatamente despues del accidente Mas tarde en el dia Al otro dia Otro: _____

Fue transportado en ambulancia al hospital? Si No Tiene las siguientes: Raspaduras Moretones Cortadas

Le tomaron rayos X? Si No En que parte del cuerpo? _____

Le hicieron radiografias? Si No Si es así, que pruebas? _____

Le recetaron medicamentos? Si No Si es así, que medicamento? _____

Esta embarazada? Si No Si es así, fecha de probable parto: _____

Fuma? Si No Consume alcohol? Si No Si es, que cantidad y cuando? _____

SINTOMAS/ LESIONES:

Por favor, marque sus sintomas desde su accidente:

Dolores de cabeza Dolor de cuello Rigidez en el cuello Dolor en la mandibula

Dolor de brazo derecho/ izquierdo Dolor del hombro derecho/ izquierdo Dolor de pecho

Adormecimiento/ dolor en su mano/ dedo/ derecha/ izquierda Dolor de pierna

Adormecimiento/ dolor de pie/ dedos de los pies/ derecho/ izquierdo Rigidez de espalda

Dolor de rodilla/ tobillo/ derecho/ izquierdo Dolor de media espalda Dolor de espalda baja

Mareos Nauseas Fatiga Dificultad durmiendo Dolor abdominal

Dificultad al mover la cabeza hacia la izquierda/derecha Vision borrosa Perdida de audicion/equilibrio

Cuando tose o estornuda aumenta el dolor? Si No

Sus sintomas estan empeorando? Si No Son constantes o van y vienen? _____

Evaluar la gravedad de su dolor en una escala de 1 (menos dolor) a 10 (dolor intenso) _____

INFORMACION DE SEGURO/ ABOGADO:

Cual es el nombre de su seguro de automovil?

Cual es su numero de poliza? _____

Cual es su numero de reclamo: _____

Tiene usted abogado? Si No

En caso afirmativo, cuál es su nombre? _____

Tiene usted seguro medico? Si No

En caso afirmativo, dar su tarjeta de seguro a la recepcion

POLICIA:

La policia fue al lugar del accidente? Si No

Habian testigos? Si No

Se hizo un informe policial? Si No

En caso afirmativo, favor dar una copia a recepcion

Fue una violación de tráfico emitido? Si No
Para quien? _____

A lo mejor de mi conocimiento, la informacion anterior es completa y correcta. Entiendo que es mi responsabilidad informar a mi medico, si yo o mi hijo menor de edad, tiene algun cambio en salud.

Firma del paciente, padre, tutor or representante personal

Fecha

Por favor escriba el nombre del paciente, padre, tutor o representante personal

Relacion al paciente