

DeCrescenzo Chiropractic

Formulario de Indemnización Laboral

Fecha: _____ /20 _____ Referido por: _____

Nombre y Apellido: _____ S.S. #: _____

Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: _____ Status Matrimonial: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de Casa: (____) _____ Celular: (____) _____ Coreo Electrónico: _____

Ocupación: _____ Empleador: _____ Numero del Trabajo: (____) _____

Contacto de Emergencia: _____ Teléfono: _____

Relación: _____ Le podemos contactar: SI / NO

Doctor Primario: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

LESION RELACIONADA CON EL TRABAJO

Fecha del Accidente: _____ Tipo de accidente: _____

¿En que estado trabaja? _____

¿Sus síntomas son resultado de un accidente en su trabajo únicamente? SI/ NO

Por favor describe como ocurrió el accidente:

¿Sintió usted dolor inmediatamente después del accidente? SI/ NO

Están empeorando sus síntomas? SI / NO Son: CONSTANTES/VIENE Y VAN

Cuales son sus síntomas en este momento:

¿Recibió tratamiento en el Hospital o Centro Medico? SI / NO

¿En donde? _____ Cuando? El mismo día /El próximo día/ Fecha: _____

¿Fue usted transportado por ambulancia? SI / NO

¿Le tomaron exámenes en el centro medico?

- RAYOS X/ MRI/ CT SCAN en que parte del cuerpo : _____
- ANALISIS SANGUINEO: SI / NO

HISTORIA SOCIAL:

¿Fuma? SI / NO Si su respuesta fue si, cuanto? _____

DeCrescenzo Chiropractic

¿Bebe alcohol? SI / NO Con que frecuencia: Socialmente/ Ocasionalmente/Semanal/Diario

INFORMACION DE SEGURO Y ABOGADO:

¿Tiene un abogado? Si su respuesta fue si, cual es su nombre? _____

Cual es el nombre del seguro de compensación de trabajadores? _____

¿Tiene numero de reclamo? (Por favor proporcione) _____

¿Presento un informe de lesiones a su empleador después del accidente? SI / NO

¿Que síntomas/lesiones reporto inicialmente? _____

¿Tiene seguro medico? Si su repuesta fue si, cual? _____

Por favor muestre su tarjeta a la secretaria.

SINTOMAS/LESIONES:

Cuales son sus síntomas: **Por favor marque**

Dolor de cabeza Dolor de cuello Rigidez en su cuello Problemas en la mandíbula

Dolor de brazo derecho/izquierdo Dolor de hombro derecho/izquierdo

Dolor/Adormecimiento el la mano/dedo derecho/izquierdo Dolor de espalda media

Rigidez de espalda Dolor de pecho Dolor de espalda baja

Dolor de pierna derecha/izquierda Dolor de rodilla/tobillo derecho/izquierdo

Dolor/Adormecimiento en el pie/dedo derecho/izquierdo

Mareos Nausea Fatiga Dificultad al dormir Dolor abdominal

Dificultad a virar su cabeza hacia la derecha/izquierda Visión borrosa

Perdida de audición/equilibrio

En una escala del 1 al 10, 1 siendo dolor mínimo y 10 siendo dolor mayor, ¿cuanto calificaría hoy su nivel de dolor? _____

Tipo de dolor: Agudo Calambre Palpitante Ardiente Punzante Intenso

A mi mejor conocimiento, la información arriba esta completa y correcta. Yo entiendo que es mi responsabilidad de informar al medico si tengo algún cambio en mi salud.

Firma del Paciente o Representante Personal

Fecha

Nombre del Paciente o Representante Personal

Fecha