

# DeCrescenzo Chiropractic

## Slip & Fall Injury Form

### INFORMACION GENERAL:

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /23 \_\_\_\_\_

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

Dolor de cadera derecho/izquierdo  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) \_\_\_\_\_

Tipo de dolor:  Fuerte  Calambres  Latido  Quemazon  Apuñalamiento

Ha podido trabajar desde el accidente?  Si  No Cuantos dias de trabajo ha perdido? \_\_\_\_\_

**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