



Nombre: _____ Inicial de Seg. Nombre: ____ Apellido: _____

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

Número de teléfono de casa: (____) _____ Numero de trabajo/ Alt: (____) _____

Teléfono Móvil (____) _____ **Fecha de nacimiento** ____/____/____ **Edad** _____

Número de Seguro Social ____ - ____ - ____ Sexo Masculino Femenino

Esposo/a: _____ Correo Electrónico: _____

Referido Por: _____

Tiene seguro medico? SI NO Nombre de Empleador: _____

Dirección del empleo: _____

Teléfono del empleador: (____) _____

Asegurado primario: _____ Nombre de compañía de seguro: _____

Número de identificación: _____ Numero de grupo: _____

Teléfono: (____) _____ Dirección de reclamaciones: _____

Es su visita debido a:

Compensación de trabajo	Incapacidad de seguridad (SSI)	Otra Razón
Accidente de tráfico / Accidente de motocicleta	Resbalón O Caída	Ninguna

Se a comunicado con un ajustador de seguro? Si No Fecha de accidenté: ____/____/____

Está recibiendo atención medica en otro lugar? No Si Donde? _____

Campania de seguros de automóvil: _____ Teléfono: _____

Nombre del ajustador _____ Número de reclamo: _____

Tiene un abogado? Si No Nombre de abogado _____ Teléfono: _____

Dirección _____ Paralegal _____

Nombre: _____ DOB: ____/____/____ DOS: ____/____/____

Contacto en caso de emergencia (Que no sea esposa/a o Pareja):

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: (____) _____

Farmacia: _____ Ubicacion: _____ Teléfono: (____) _____

Por Favor, llene los siguientes documentos para ayudarnos a aprender más sobre su condición, y así podamos ayudarle mejor con sus necesidades.

Información Actual:

Historia: Accidente _____ Lesión _____ Fecha ____/____/____ Hora: _____

Por favor indique los reclamos que haya presentado relacionados con sus problemas de dolor: _____

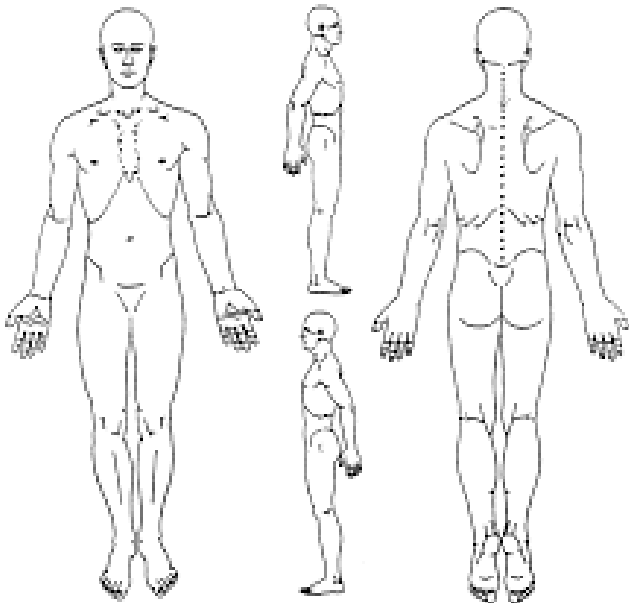
Por favor indique lo que ocurrió, incluya donde paso, los pasajeros, los vehículos involucrados, etc.:

Circule todo lo que aplica: Cinturón / Bolsas de aire desplegaron / Perdida de conciencia / Casco / Equipo de protección / Ningún tratamiento / Ambulancia / Hospital o Clínica de Urgencias

Departamento de emergencias: A donde fue y cuales pruebas, imágenes, o recetas medicas, fueron recibidas? _____

Clinica de Urgencias: Fecha, Locación, Pruebas, Imágenes, Recetas medicas, etc.

A tenido accidentes o lesiones anteriores? Cuáles y cuando? -



Por favor marque las áreas en el dibujo con el tipo de dolor que está teniendo

Dolor: >>>>>

Entumecimiento/ hormigueo: 0000

Ardiente : XXXXXX

Puñaladas: /////

Debilidad: #####

Otro: ***** _____

Es usted diestro, Zurdo o ambos

Nombre: _____ DOB: ___/___/___ DOS: _____/_____/_____

Otro/Previo tratamiento para esta condición:

Por favor marque todo lo que corresponda de las siguientes modalidades de tratamiento que ha utilizado.

Tratamiento	Ayudo	Empeoro	No cambio
Terapia de masajes			
Compresas frías/calientes			
Biorretroalimentación / Bioautorregulación			
Terapia Física			
Quiropráctica			
Acupuntura			
Tracción			
Fajas /Soporte de apoyo para la espalda, rodilla, cuello etc.			
Unidad de Electro estimulación			
Terapia de inyección			
Medicamento Oral			

Descripción del dolor: Pensando en la calidad de su dolor, circule todo lo que corresponda.

Palpitante Roer Terrible Disparo Ardiendo Fatigoso
Puñaladas Adolorido Nauseabundo Agudo Pesado Temeroso
Calambre Sensible Agotador

Frecuencia / Tiempo de dolor: Con que frecuencia tiene el dolor? Por favor marque la mejor respuesta.

Constantemente (100% del tiempo) _____

Casi constante (60-95% del tiempo) _____

Intermitente (30-60% del tiempo) _____

Ocasionalmente / De vez en cuando (menos de 30% del tiempo) _____

Nombre: _____ **DOB:** ____/____/____ **DOS** ____/____/____

Ocupación: _____ Necesita una hoja de trabajo? SI / NO

Actualmente está empleado: Tiempo completo Medio tiempo Desempleado

Jubilado Discapacitado Ama de casa Estudiante

Si actualmente está desempleado, indique el tiempo que ha estado sin trabajo.

1-3 Semanas

12-18 Meses

1-3 Meses

19-24 Meses

4-7 Meses

25 o más meses

8-11 Meses

Ha perdido tiempo considerable de trabajo por causa de su dolor? : Si / No

Por causa de mi dolor solo trabajo: Medio Tiempo O Tiempo limitado

La última fecha que trabajo fue: ____/____/____

Ha estado discapacitado desde: ____/____/____

• **Tabaco** Alguna vez a fumado? Si / No Actualmente fuma? Si / No

Si alguna vez a fumado, por cuantos años? _____ Cuantos paquetes al día fuma? _____

• **Alcohol** Toma alcohol? Si / No

Si toma alcohol, cuanto toma? _____

Tiene algún historial de abuso de alcohol o adicción a drogas? Si / No

• **Abuso ilícito de drogas:** Si -actualmente Si-en el pasado No-nunca

Alguna vez a estado en un programa de desintoxicación por abuso de drogas? Si / No

Medicamentos:

Liste todos sus medicamentos, las dosis, y la frecuencia con que los toma todos los días, y cuando empezó a tomarlos: (Ex: 80mg de Aspirina 1 x día, 1999)

1.	6.
2.	7.
3.	8.
4.	9.
5.	10.

Nombre: _____ DOB: ____/____/____ DOS ____/____/____

Alergias a medicamento o sensibilidades:

1.	4.
2.	5.
3.	6.

Historial Médico:

Tiene o alguna vez a tenido lo siguiente?

CONDICIONES	SI	NO	CONDICIONES	SI	NO
Alguna enfermedad contagiosa			Enfermedad de los pulmones (Asma/COPD, etc.)		
Problemas de Sangrado			Enfermedad de los riñones		
Cancer			Artritis Reumatoide (AR)		
Osteoartritis			Artritis Psoriásica		
Fibromialgia			Artritis		
Diabetes			Trastornos convulsivos		
Enfermedad del Corazón /dolor en el pecho			Problemas Estomacales		
Presión Alta			Supresión del sistema inmunitario		
Desorden Neurológico			Tiroides		
Enfermedad del Hígado (Hepatitis)					

Nombre: _____ DOB: ____/____/____ DOS ____/____/____

GENERAL		SI	NO	GENERAL		SI	NO
Insomnio				Fiebres			
Fatiga				Debilidad			
Escalofríos				Deseo sexual bajo			
Dolor de cabeza				Aumento/Perdida de peso			
Moretones				Temblores			
PIEL Y PELO				PIEL Y PELO			
Urticaria				Ronchas			
Perdida de pelo				Ulceración			
Comezón							
EENT				EENT			
Problemas de los ojos				Zumbido de oídos			
Problemas de oído				Sangrado de nariz			
Dolor de cabeza				Dolor de oído			
Sinusitis				Gripa			
Problemas dentales				Problemas de Tiroides			
Lesion craneal							
CARDIOVASCULAR				CARDIOVASCULAR			
Dolor de pecho				Mala circulación			
Ataque de Corazon				Murmullo			
Derrame cerebral				Latido irregular			
Inflamación				MVP			
Reemplazamiento de válvula				Flebitis			
Marcapasos				Desmayo			
Presión Alta				Colesterol alto			

Nombre: _____ DOB: ____/____/____ DOS ____/____/____

RESPIRATORIO		RESPIRATORIO	
Sibilancias		Tos	
Falta de aliento		Fiebre del valle	
Enfisema		Bronquitis	
Difficulty breathing		Dolor de costilla	
Neumonía		Tuberculosis	
CONSTITUTIONAL		CONSTITUTIONAL	
Náusea / Vomito		Reflujo acido	
Sangrado		Infecciones seguidas	
Dolor abdominal		Sangrado del intestino por causa de medicamentos	
Problemas de control con el Intestino / vejiga		Diarrea	
Estreñimiento		Reflujo acido	
RENAL		RENAL	
Diálisis		Infección Renal	
INFECCIÓN DE VEJIGA		Problemas Renales	

Si su respuesta es "Si" a cualquiera de las preguntas anteriores, o si tiene cualquier otro problema médico por favor explique cuál es:

Nombre: _____ DOB: ____/____/____ DOS ____/____/____

Cirugías Previas: Incluya la fecha aproximada o por lo menos el año que fue.

- | | |
|----------|----------|
| 1. _____ | 4. _____ |
| 2. _____ | 5. _____ |
| 3. _____ | 6. _____ |

Historial Familiar (parientes de sangre) Circule todos los que apliquen *DESCONOCIDO*: Fui Adoptado
 Cáncer (Que tipo? _____) / Dolor de cabeza / Enfermedad Coronaria / Derrame cerebral /
 Diabetes / Presión Alta / Colesterol Alto / Artritis / artritis reumatoide / Problemas de riñones /
 Problemas de hígado / Convulsiones / Osteoporosis / Dolor crónico / Otro: _____

Tratamiento Psicológico:

Alguna vez a tenido una evaluación psicológica, psiquiátrica o social de cualquier problema, incluyendo su dolor actual? NO / SI Cuando? _____

Alguna vez a pensado en el suicido? Si / NO

Por favor marque todo lo que corresponda en este momento en la lista siguiente.

Confusion	SI	NO	Tiene entumecimiento, hormigueo o ardor en dedos, manos?	SI	NO
Irritabilidad	SI	NO	Se le caen las cosas?	SI	NO
Letargo	SI	NO	Tiene dolor o incomodidad en sus muñecas?	SI	NO
Dificultad en concentrarse	SI	NO	Sacude sus manos debido a sensaciones extrañas?	SI	NO
Perdida de memoria	SI	NO	Tiene dolor de espalda?	SI	NO
Cambios de humor	SI	NO	Tiene entumecimiento u hormigueo en sus dedos de pie o piernas?	SI	NO
Cambios de personalidad	SI	NO	Tiene dolor que corre de su espalda y baja a su nalga o a su pierna?	SI	NO
Embotamiento intelectual	SI	NO	Se siente inseguro al caminar?	SI	NO
Depression / Ansiedad	SI	NO	Tiene sensación de ardor sobre sus piernas?	SI	NO
Creciendo y menguando niveles de energía	SI	NO	Tiene dificultad al levantarse de su asiento?	SI	NO
Tiene dolor de cuello ahorita?	SI	NO	Tiene dificultad levantándose de una silla o saliendo del carro?	SI	NO
Tiene dolor que entra sus hombros?	SI	NO			