

Tony Tropea, D.C.  
www.tonytropeadc.com

**Tropea Chiropractic, Inc.**

260 S Sunnyvale Ave. #2  
Sunnyvale, CA 94088  
408-329-9604

**CUESTIONARIO DE LESIONES PERSONALES**

First Name	Middle Name / MI	Last Name	Cell Phone
Patient Address Line 1	City	State	Zip
Edad	Date of Birth	Sex	Social Security Number
Employer Name	Employer Address Line 1		
Su aseguradora	Política #	Nombre del agente	
Nombre en la Política	Política #		
Nombre de la persona responsable			
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
Nombre del titular de la póliza	Política #		
<b>ABOGADA/O</b>			
Nombre	Teléfono		
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
¿Hubo testigos?	Nombre (s)		
<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No			

**NATURALEZA DEL ACCIDENTE:**

1. Fecha del accidente	Hora del dia	Reclamación #
_____ _____		
2. estabas		
<input type="radio"/> Conductor <input type="radio"/> Pasajero <input type="radio"/> Asiento delantero <input type="radio"/> Asiento trasero		
3. ¿Número de personas en su vehículo?	Estabas usando cinturones de seguridad?	
_____ _____		

4. ¿En qué dirección ibas?

- norte  Este  Sur  
 Oeste

en (nombre de la calle)

---

5. ¿En qué dirección iba el otro vehículo?

- norte  Este  Sur  
 Oeste

en (nombre de la calle)

---

6. ¿Fue golpeado desde

- Detrás  Frente  Lado izquierdo  Lado derecho

7. Velocidad aproximada de tu coche

Otro coche

---

8. ¿Te dejaron inconsciente?

- Sí  No

Si es así, ¿por cuánto tiempo?

---

9. ¿Se notificó a la policía?

- Sí  No

10. En tus propias palabras, describe accidente:

---

11. ¿Tuvo alguna queja física ANTES DEL ACCIDENTE?

- Sí  No

En caso afirmativo, describa en detalle:

---

12. Por favor, describe cómo te sentiste:

a. DURANTE el accidente:

---

b. INMEDIATAMENTE

DESPUÉS del accidente:

---

c. MÁS TARDE ESE DÍA:

---

d. EL DÍA SIGUIENTE:

13. ¿Cuáles son sus PRESENTES quejas y síntomas?

---

14. ¿Tiene algún factor congénito (de nacimiento) relacionado con estos problemas?

- Sí  No

En caso afirmativo, describa:

---

15. ¿Tiene alguna enfermedad previa relacionada con este caso?

- Sí  No

En caso afirmativo, describa:

---

16. ¿Alguna vez has estado involucrado en un accidente?

- Sí  No

**En caso afirmativo, describa, incluyendo fecha (s) y tipo (s) de accidentes, así como las lesiones recibidas.**

**17. ¿Dónde te llevaron después del accidente?**

**18. ¿Ha sido tratado por otro médico desde el accidente?**

Sí  No

**En caso afirmativo, indique el nombre y la dirección del médico:**

**¿Qué tipo de tratamiento recibió?**

**19. Desde que se produjo esta lesión, con sus síntomas.**

Mejorando  Empeorando  Mismo

**20. COMPRUEBE LOS SÍNTOMAS QUE HAN AVISADO DESDE EL ACCIDENTE**

- Dolor de cabeza
- Dolor de cuello
- Cuello rígido
- Problemas para dormir
- Dolor de espalda
- Nerviosismo
- Tensión
- Pies fríos
- Sudores fríos

- Irritabilidad
- Dolor de pecho
- Mareo
- La cabeza parece demasiado pesada
- Alfileres y agujas en brazos
- Alfileres y agujas en las piernas
- Entumecimiento en los dedos
- Manos frías
- Fiebre

- Entumecimiento en los dedos de los pies
- Falta de aliento
- Fatiga
- Depresión
- Luces molestan los ojos
- Pérdida de memoria
- Anillo de orejas
- Malestar estomacal
- Otro

- Cara enrojecida
- Zumbido en las orejas
- Pérdida del equilibrio
- Desmayo
- Pérdida de oír
- Pérdida del gusto
- Diarrea
- Estreñimiento

Otro

**Síntomas distintos de los de arriba**

**21. ¿Ha perdido tiempo en el trabajo como resultado de este accidente? Si es así, por favor complete esta pregunta.**

Sí  No

**Último día trabajado**

b. Tipo de empleo

[REDACTED]

[REDACTED]

Sí  No

**22. ¿Notó alguna restricción de actividad como resultado de esta lesión?**

- Si ○ Na

**En caso afirmativo, describa en detalle:**

**23. Otra información pertinente:**

**FECHA**

**FIRMA DEL PACIENTE**