

# FOLLETO DE INFORMACION

(Patient Information Sheet)

FECHA DE HOY: \_\_\_\_\_ SEXO: M ( ) F ( ) FECHA DE LESSION: \_\_\_\_\_  
(Today's Date) (Date of Injury)

APELLIDO: \_\_\_\_\_ NOMBRE: \_\_\_\_\_  
(Last Name) (First Name)

DOMICILIO: \_\_\_\_\_ Apt. # \_\_\_\_\_  
(Address)  
Ciudad (City) \_\_\_\_\_ Estado (State) \_\_\_\_\_ Codigo Postal (Zip) \_\_\_\_\_

# TEL. CASA: ( ) # TEL. TRABAJO: ( ) CELULAR: ( )  
(Home #) (Work #) (Cell#)

# SEGURO SOCIAL (S.S. #): \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO (D.O.B.): \_\_\_\_\_

# LICENCIA: \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: ( ) Casado ( ) Soltero ( ) Viudo ( ) Divorciado  
(Driver's license) (Marital Status) (Married) (Single) (Widow) (Divorced)

NOMBRE DE CONYUGE O TUTOR: \_\_\_\_\_ DOMICILIO: \_\_\_\_\_  
(Spouse/Guardian Name) (Address)

**ENCASO DE EMERGENCIA POR FAVOR NOTIFIQUE A :** ( In case of an emergency please notify person not living in your household)

APELLIDO: \_\_\_\_\_ NOMBRE: \_\_\_\_\_ TEL: ( )  
(Last Name) (First Name)

SEGURO DE SALUD PRIVADO: \_\_\_\_\_  
(Private Health Insurance Co. / must include name AND address)

DOMICILIO (Address): \_\_\_\_\_

NUMERO DE POLISA (policy #): \_\_\_\_\_ GRUPO (Group): \_\_\_\_\_

RELACION CON EL SUSCRIPTOR (Subscriber/Relationship): \_\_\_\_\_

COBERTURA DE SEGURO DE AUTO: \_\_\_\_\_ TEL: ( )  
(Auto Insurance Coverage)

NUMERO DE POLISA (policy #): \_\_\_\_\_ RELACION CON EL SUSCRIPTOR (Subscriber/Relationship): \_\_\_\_\_

Favor de leer y firmar:

Cession y Divulgacion

Certifico que yo y/a mi(s) persona(s) a cargo contamos con cobertura de seguro de \_\_\_\_\_  
Nombre de la(s) Compañía(s) de seguro

y cedemos directamente al Dr. \_\_\_\_\_ todos los beneficios del seguro, si los hubiere, de otro modo  
pagaderos a mi por servicios prestados. Comprendo que soy responsable desde el punto de vista financiero por todos los  
cargos, sean o no pagados por el seguro. Autorizo el uso de mi firma en todos los documentos del seguro.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente, padre/madre, tutor o representante personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Indicar nombre del Paciente, padre/madre, tutor o representante personal

\_\_\_\_\_  
Relacion con el Paciente

OCUPACION (Occupation): \_\_\_\_\_ DESCRIPCION DE TRABAJO (Brief Job Description): \_\_\_\_\_

( ) Mano Derecha (Right-handed) ( ) Mano Izquierda (Left-handed)

## Historia Del Daño (History of Injury)

TIPO DE ACCIDENTE (Nature of Accident):

( ) Vehículo ( ) Caída ( ) Peaton ( ) Trabajo ( ) Asalto ( ) Otro (Explicar) \_\_\_\_\_  
(Auto) (Slip and fall) (Pedestrian) (Work Related) (Assault) (Other, Explain)

Si no fue accidente de Auto, describa lo que paso. (If non-motor vehicle accident, describe the injury): \_\_\_\_\_

## Informacion sobre el Accidente de AUTO solamente: (Motor Vehicle Information Only):

Paciente era el: ( ) Chofer ( ) El pasajero y estaba... ( ) adelante ( ) detras ( ) medio, izquierda, derecha ( ) cajuela de la camioneta  
Patient was the: (driver) (passenger in the...) (front seat) (rear) (middle, left, right seat) (bed of pickup)

Paciente: ( ) tenia el cinturon puesto ( ) no tenia el cinturon puesto  
Patient was (Wearing seatbelt) (Not wearing seatbelt)

Auto del Paciente: ( ) Auto ( ) Van ( ) Camioneta ( ) Motocicleta ( ) Bicicleta ( ) Otro (Explicar) \_\_\_\_\_  
Patient's Vehicle (Car) (Van) (Pick-Up Truck) (Motorcycle) (Bicycle) (Other, Explain)

Contra: ( ) Auto ( ) Van ( ) Camioneta ( ) Motocicleta ( ) Bicicleta ( ) Otro (Explicar) \_\_\_\_\_  
Versus: (Car) (Van) (Pick-Up Truck) (Motorcycle) (Bicycle) (Other, Explain)

Vehículo Del Paciente estaba: ( ) Parado ( ) Empesando a mover ( ) Bajando la velocidad ( ) Moviendo  
Patient's vehicle was (At a stop) (Starting to move) (Slowing down) (Moving)

Donde fue el golpe? ( ) POR DETRAS ( ) Guardabarros derecha ( ) Guardabarros izquierda  
Where was it struck? (From behind) (Right fender) (Left fender)  
( ) ADELANTE ( ) Guardabarros derecha ( ) Guardabarros izquierda  
(Head on) (Right fender) (Left fender)  
( ) EN LADO ( ) Derecha ( ) Izquierda  
(Sideswiped) (Right side) (Left side)

El Paciente estaba: ( ) Desprevenido ( ) Tenia la cabeza volteada: a la derecha izquierda detras ( ) Apoyado contra el Porta Brasos  
The patient was: (unprepared) (had head turned to) (right) (left) (rear) (leaning on armrest)

Al momento del impacto, el paciente: ( ) Refuerzo el cuerpo para el impacto ( ) Pizo los frenos ( ) Detubo fuerte el volante  
(On impact, the patient) (Braced for impact) (Stepped hard on brakes) (Forcibly held on to steering wheel)

Al momento, su cuerpo fue: ( ) Sacudido de enfrente a atras ( ) Sacudido de lado a lado ( ) Otra \_\_\_\_\_  
(Thereafter, the patient's body was) (Jolted back and forth) (Jolted from side to side) (Other, Explain)

## Despues Del Impacto (Following the Impact):

El Paciente indica: ( ) No perdio el conocimiento ( ) Perdio el conocimiento ( ) por segundos ( ) por minutos  
Patient Indicates (Denied loss of consciousness) (Lost consciousness) (Momentarily) (Several minutes)

Despues del accidente se sintio: ( ) Nervioso/Nervous ( ) Sobresaltado/Surprised ( ) Aturdido/Stunned or Dazed  
Thereafter felt ( ) Panico/Panicky ( ) Confundido/Confused ( ) Desorientado/Disoriented  
( ) Asustado/Scared ( ) Ganas de vomitar/Nauseated ( ) Mareado/Lightheaded or Dizzy  
( ) Otra/Other \_\_\_\_\_

El paciente experimento: ( ) Vomito ( ) Convulsiones ( ) No recuerdo los eventos de el accidente  
(The Patient experienced) (Vomiting) (Convulsions) (Poor recollection of events)

Paciente Sufrio: ( ) Golpe(s) a la cabeza ( ) Sangrando / Heridas a la cabeza ( ) Cortadas / Moretes en \_\_\_\_\_  
Patient sustained: (Head injuries) (Scalp bleeding / lacerations) (Cuts / Bruises on...)

**Paciente sintio dolor:** ( ) **Inmediatamente despues del accidente** ( ) **Horas despues** ( ) **Al siguiente dia** ( ) **Dias despues**  
*Patient noted pain:* (Immediately following the accident) (Hours later) (The next morning) (Over the next few days)

**Sintio Dolor en:** (*Pain located*): ( ) **Cabeza/Head** ( ) **Pecho/Chest** ( ) **Abdomen/Abdomen**  
( ) **Cuello/Neck** ( ) **Espalda Superior/Upper back** ( ) **Espalda Media/Mid Back** ( ) **Cintura/Lower Back**  
( ) **Hombro/Shoulder** ( ) **derecha/right** ( ) **izquierda/left** ( ) **Pierna/Leg...** ( ) **derecha/right** ( ) **izquierda/left**  
( ) **Brazo/Arm** ( ) **derecha/right** ( ) **izquierda/left** ( ) **Muslo/Thigh...** ( ) **derecha/right** ( ) **izquierda/left**  
( ) **Codo/Elbow...** ( ) **derecha/right** ( ) **izquierda/left** ( ) **Rodilla/Knee...** ( ) **derecha/right** ( ) **izquierda/left**  
( ) **Mano/Hand...** ( ) **derecha/right** ( ) **izquierda/left** ( ) **Pie/Foot...** ( ) **derecha/right** ( ) **izquierda/left**  
( ) **Muñeca/Wrist...** ( ) **derecha/right** ( ) **izquierda/left** ( ) **Tobillo/Ankle...** ( ) **derecha/right** ( ) **izquierda/left**  
( ) **Dedos/Fingers...** ( ) **derecha/right** ( ) **izquierda/left** ( ) **Dedos del Pie/Toes...** ( ) **derecha/right** ( ) **izquierda/left**

**Despues Del Accidente (After the Accident):**

**Paciente fue a:** ( ) **Casa** ( ) **Trabajo/Escuela** ( ) **Al Hospital, via...** ( ) **Paramedicos** ( ) **Usted mismo**  
*Patient went* (Home) (Back to work/school) (To hospital via... (Paramedics) (Self)

**Nombre Del Hospital/Clinica Medica** (*Hospital Name/Medical Center*) \_\_\_\_\_

**Fue internado, Fecha** (*Date admitted*) \_\_\_\_\_ **Fecha de Alta** (*Released*) \_\_\_\_\_

**Tratamiento que recibio en Hospital/Clinica** (*Treatment rendered at hospital/center*) \_\_\_\_\_

**Lista de otros doctores que ha visto por causa de ESTE ACCIDENTE** (*List any other physicians seen as a result of THIS ACCIDENT*):

**Que medicamento, fisioterapia o tratamiento quiropractico ha recibido por causa de ESTE ACCIDENTE?** (*To date, what medication(s), physical therapy or chiropractic treatment has the patient undergone or received as a result of THIS ACCIDENT*)? \_\_\_\_\_

**Sigue recibiendo tratamiento?** ( ) **No** ( ) **Si/Yes** **Fecha de ultimo tratamiento:** \_\_\_\_\_  
(*Is the patient still being treated?*) (Date of Last Treatment)

**Dolores Actuales (Current Complaints)**

**DOLORES DE CABEZA (Headaches):**

**Frecuencia/Frequency:** ( ) **Constante/Constant** O/OR ( ) **Viene o se va/Intermittent(comes and goes)**

**Intensidad/Intensity:** ( ) **Minimo** ( ) **Ligeramente** ( ) **Moderado** ( ) **Severo**  
(Minimal) (Slight) (Moderate) (Severe)

**Como/Nature:** ( ) **Agudo** ( ) **Pulsante** ( ) **Con Presion** ( ) **Punzante** ( ) **Partiendo**  
(Sharp) (Pulsating/throbbing) (Pressure-type) (Sharp stabbing) (Splitting)

**Donde esta localisado el dolor:** ( ) **Toda la Cabeza** ( ) **Area de Frente** ( ) **Detras** ( ) **Lado Derecho** ( ) **Lado Izquierdo**  
(location of pain) (All over the head) (Frontal are) (Back) (Right side) (Left side)

**DOLORES ACTUALES (CONTINUACION)/CURRENT COMPLAINTS (CONTINUED)**

( ) Dolor de Pecho/Chest pain	( ) Hombro/Shoulder	( ) D/R ( ) I/L	( ) Cadera/Hip	( ) D/R ( ) I/L
( ) Abdominal/Abdominal pain	( ) Brazo/Upper arm	( ) D/R ( ) I/L	( ) Pierna/Leg	( ) D/R ( ) I/L
( ) Enfrente del Cuello/Neck front	( ) Codo/Elbow	( ) D/R ( ) I/L	( ) Muslo/Thigh	( ) D/R ( ) I/L
( ) Cuello/Nuca /Neck back	( ) Ante brazo/Forearm	( ) D/R ( ) I/L	( ) Rodilla/Knee	( ) D/R ( ) I/L
( ) Costado/Upper /mid back	( ) Muñeca/Wrist	( ) D/R ( ) I/L	( ) Tobillo/Ankle	( ) D/R ( ) I/L
( ) Cintura/Lower back	( ) Mano/Hand	( ) D/R ( ) I/L	( ) Pie/Feet	( ) D/R ( ) I/L

**Tiene moretes, inflamacion,, raspones, o cortadas? Explique en detalle** *(Any bruises, swelling, abrasions, lacerations? If so, explain in detail):*

---

---

---

**Marque las quejas relacionadas** *(Mark any of the following associated complaints):*

( ) Vision Borroso/Blurred Vision   ( ) Nausea/vomito/Nausea/Vomiting   ( ) Perdida de Balance/Loss of Balance   ( ) Mareos/Dizziness  
( ) Perdida de Memoria/Memory Loss   ( ) Problemas de Dijestion/Digestion Problems   ( ) Perdida de Apetito/Loss of Appetite  
( ) Problemas Recordando/Absent Mindedness   ( ) Nerviosismo/Nervousness   ( ) Confusion/Confusion   ( ) Ansiedad/Anxiety  
( ) Sumbido de Oidos /Ringing Noise in the Ears   ( ) Insomnio/Insomnia   ( ) Tension/Tension   ( ) Inquietud/Restlessness  
( ) Ganas de Llorar/Crying Spell   ( ) Depresion/Depression   ( ) Problemas de la Vejiga/Bladder Problems

( ) Cojear a causa de dolor en /Limping due to pain in ... ( ) derecha/right ( ) izquierda/left extremity

**Describe algun dolor que extiende, entumido o piquetes/Describe any radiating pain; numbness or tingling sensations:**

---

**Describe partes de su cuerpo que truenan con movimiento/Describe any locking, snapping, crackling, popping):**\_\_\_\_\_

---

**Actividades que Aumentan el dolor** *(Activities that increase pain):*

( ) Agachando /Bending   ( ) Cargando/ Carrying   ( ) Extenderse/Extending   ( ) Caminando/ Walking  
( ) Enpujando/Pushing   ( ) Sentando /Sitting   ( ) Sentadillas /Squatting   ( ) Torsiendo/Twisting  
( ) Volteando/Turning   ( ) Parado/Standing   ( ) Jalando/Pulling   ( ) Manejando /Driving  
( ) Levantando algo/Lifting   ( ) Alsando las Manos/Reaching Overhead   ( ) Tosiendo/Coughing   ( ) Estornudado/Sneezing  
( ) Caminar en piso disparejo/Walking on uneven ground   ( ) Cambios de clima /Climate changes   ( ) Otro/Other \_\_\_\_\_

( ) Tiene problemas buscando una posicion confortable al dormir por el dolor? (Su cama es... ( ) Suave ( ) Dura ( ) Firme  
*(Unable to find a comfortable position in bed due to pain... (Patients bed is... (Soft) (Hard) (Firm)*

**Cuanto tiempo puede durar sentado, de pie o caminando antes de cambiar de posicion por el dolor?** \_\_\_\_\_  
*(How long can patient sit, stand, or walk before changing positions?)*

---

**Antes de el accidente, describe la capacidad de levantar cosas:** \_\_\_\_\_  
*(Describe patient's pre-injury capacity for lifting)*

**Los sintomas originales han**   ( ) Mejorado   ( ) Permanesen igual   ( ) Empeoraron  
*Have original symptoms   (Improved)   (Remained the same)   (Worsened)*

**Usando la escala, circule la intensidad de dolor que siente/Using the following scale, circle the patient's average pain level:**

<b>No tiene Dolor</b> <i>(No Pain)</i>	<b>Pequeño</b> <i>(Minimal)</i>	<b>Poco</b> <i>(Slight)</i>	<b>Moderado</b> <i>(Moderate)</i>	<b>Severo</b> <i>(Severo)</i>						
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

**ACCIDENTES ANTERIORES/ ANTECEDENTES MEDICOS.** *(Past medical history/Prior Accidents)*

**Alergias** *(Allergies):*   ( ) NO   ( ) SI   **De Que** *(To what)?* \_\_\_\_\_

<b>Trauma Abdominal</b> ( <i>Abdominal Trauma</i> )	( ) NO	( ) SI	<b>SE RECUPERO?</b> ( <i>If yes, did you fully recover?</i> )	( ) NO	( ) SI
<b>Trauma al Pecho</b> ( <i>Chest Trauma</i> )	( ) NO	( ) SI	<b>SE RECUPERO?</b> ( <i>If yes, did you fully recover?</i> )	( ) NO	( ) SI
<b>Fracturas</b> ( <i>Fractures</i> )	( ) NO	( ) SI	<b>SE RECUPERO?</b> ( <i>If yes, did you fully recover?</i> )	( ) NO	( ) SI
<b>Trauma de Cabeza</b> ( <i>Head Trauma</i> )	( ) NO	( ) SI	<b>SE RECUPERO?</b> ( <i>If yes, did you fully recover?</i> )	( ) NO	( ) SI
<b>Otro</b> ( <i>Other</i> )	( ) NO	( ) SI	<b>SE RECUPERO?</b> ( <i>If yes, did you fully recover?</i> )	( ) NO	( ) SI

<b>SIDA/VIH</b> ( <i>AIDS/HIV</i> )	( ) NO	( ) SI	<b>Tratamiento</b> ( <i>Treatment</i> )	_____
<b>Artritis</b> ( <i>Arthritis</i> )	( ) NO	( ) SI	<b>Tratamiento</b> ( <i>Treatment</i> )	_____
<b>Asma</b> ( <i>Asthma</i> )	( ) NO	( ) SI	<b>Tratamiento</b> ( <i>Treatment</i> )	_____
<b>Bronquitis</b> ( <i>Bronchitis</i> )	( ) NO	( ) SI	<b>Tratamiento</b> ( <i>Treatment</i> )	_____
<b>Cancer</b> ( <i>Cancer</i> )	( ) NO	( ) SI	<b>Tratamiento</b> ( <i>Treatment</i> )	_____
<b>Diabetes</b> ( <i>Diabetes</i> )	( ) NO	( ) SI	<b>Tratamiento</b> ( <i>Treatment</i> )	_____
<b>Enfermedad cardiaca</b> ( <i>Heart Disease</i> )	( ) NO	( ) SI	<b>Tratamiento</b> ( <i>Treatment</i> )	_____
<b>Hepatitis</b> ( <i>Hepatitis</i> )	( ) NO	( ) SI	<b>Tratamiento</b> ( <i>Treatment</i> )	_____
<b>Alta Presion Sanguinea</b> ( <i>High Blood Pressure</i> )	( ) NO	( ) SI	<b>Tratamiento</b> ( <i>Treatment</i> )	_____
<b>Neumonia</b> ( <i>Pneumonia</i> )	( ) NO	( ) SI	<b>Tratamiento</b> ( <i>Treatment</i> )	_____
<b>Problemas psiquiatricos</b> ( <i>Psychiatric Problems</i> )	( ) NO	( ) SI	<b>Tratamiento</b> ( <i>Treatment</i> )	_____
<b>Tuberculosis</b> ( <i>Tuberculosis</i> )	( ) NO	( ) SI	<b>Tratamiento</b> ( <i>Treatment</i> )	_____
<b>Otro</b> ( <i>Other</i> )	( ) NO	( ) SI	<b>Tratamiento</b> ( <i>Treatment</i> )	_____

#### **ANTECEDENTES QUIRURGICOS.** (*Surgical History*)

<b>Apendicectomia</b> ( <i>Appendectomy</i> )	( ) NO	( ) SI, Fecha	(Date): _____
<b>Vesicula biliar</b> ( <i>Gallbladder</i> )	( ) NO	( ) SI, Fecha	(Date): _____
<b>Hernia</b> ( <i>Herniotomy</i> )	( ) NO	( ) SI, Fecha	(Date): _____
<b>Histerectomia</b> ( <i>Hysterectomy</i> )	( ) NO	( ) SI, Fecha	(Date): _____
<b>De Corazon Abierto</b> ( <i>Open Heart/Bypass</i> )	( ) NO	( ) SI, Fecha	(Date): _____
<b>Tonsillectomy</b> ( <i>Tonsillectomy</i> )	( ) NO	( ) SI, Fecha	(Date): _____
<b>Tubal Ligation</b> ( <i>Tubal ligation</i> )	( ) NO	( ) SI, Fecha	(Date): _____
<b>Otro (explicar)</b> ( <i>other (specify)</i> )	( ) NO	( ) SI, Fecha	(Date): _____

#### **Que medicamento esta tomando:** (*Medications currently taking*):

<b>Nombre/Medicamento</b> ( <i>Medication Name</i> )	<b>Fuerza</b> ( <i>Strength</i> ) (mg/gm)	<b>Dosis por dia</b> ( <i>Daily Dosage</i> )	<b>Por quanto tiempo</b> ( <i>Length taken</i> )
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

#### **Accidentes o Heridas Anteriores:** (*Previous Accidents/Injuries*)

( ) **Accidente de Auto** (*Car accident*)      ( ) **Caida y resbalo** (*Slip and Fall*)      ( ) **De Trabajo** (*Work-related*)

( ) **Otro (Explicar)** (*Other (Explain)*) \_\_\_\_\_

**Fecha Y Descripcion de accidente(s):** \_\_\_\_\_

(*Date & Description of prior accident(s)*)

#### **HISTORIA SOCIAL/SOCIAL HISTORY**

**Consumo de Alcol:** ( ) **Diario** ( ) **Cada Semana** ( ) **De vez en cuando** ( ) **Socialmente** ( ) **Raramente** ( ) **Nunca**

(*Alcohol Intake :*)      (*Daily*)      (*Weekly*)      (*Occasionally*)      (*Socially*)      (*Seldom*)      (*Never*)

**Consumo de Tabacco:** ( ) **No Fumo** ( ) **Fumo** \_\_\_\_\_ **paquete(s) por/** ( ) **Dia** ( ) **Semana** ( ) **Mes** ( ) **POR** \_\_\_\_\_ **Años**

(*Tobacco Use :*)      (*Non-Smoker*)      (*Smoker packs per...*)      (*Day*)      (*Week*)      (*Month*)      (*for/years*).

**MUJERES SOLAMENTE:** **Embarazada?** ( ) NO ( ) SI/yes (Si, quanto tiempo? \_\_\_\_\_)

(*FOR WOMEN ONLY:*)      (*Pregnant?*)      (*Yes, How long?*)

**Fecha de la ultima Menstruacion/** *Date of last menstrual period* \_\_\_\_\_