South LA Injury & Rehab

610 W. Florence Ave. Suite B4, Los Angeles, CA 90044 (424) 444 – 1415 | F: (424) 300 – 0610 | 610florence@gmail.com

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: _____ Fecha: _____
Fecha de nacimiento: _____Edad: ____☐Mujer ☐Hombre Peso:_____Estatura:_____
Número del celular: _____ Número de la casa: _____
En caso de emergencia llamar a _____
Número: _____Relación con el paciente:_____
***PARA MUJERES:** ¿Está o piensa que pueda estar embarazada? ☐No ☐Sí ☐ Puede que esté

Día del accidente: _____Hora del Accidente:_____AM/PM
☐Conductor ☐Pasajero ☐Otro_____
Describa con sus propias palabras como ocurrió el accidente:_____
_____
_____
_____
_____
_____

INDIQUE ABAJO DÓNDE ESTABA SENTADO(A) Y MARQUE DÓNDE LE CHOCARON
El golpe fue ☐adelante ☐atrás ☐lado del conductor ☐lado del pasajero ☐ Otro_____



Marca y modelo de **su vehículo**:
_____
Tenia puesto el cinturón de seguridad? ☐No ☐Si
Explotaron las bolsas de aire? ☐No ☐Si

Marca y modelo del **otro vehículo**:
_____
En qué dirección iba? _____
Velocidad aprox. del otro vehículo: _____

Dónde ocurrió el accidente?_____
A qué velocidad iba? _____
Su vehículo impactó contra otro vehículo? ☐No ☐Si_____
Su vehículo impactó contra una estructura? ☐No ☐Si_____

En el momento del impacto:
Tenía el pie en el freno? ☐No ☐Si
Fue sorprendida por el impacto? ☐No ☐Si
Su cuerpo golpeó algo en su vehículo? ☐No ☐Si Dónde?_____
Dónde estaba mirando? ☐Adelante☐A los lados ☐Otro_____
Dónde tenía las manos? ☐Volante ☐Teléfono ☐Pierna ☐Otro_____

Luego del accidente:
Perdió la conciencia? ☐No ☐Si Por cuánto tiempo?_____
Llegó la policía? ☐No ☐Si; Tiene el reporte de la policía? ☐No ☐Si

Describa qué sintió inmediatamente después del accidente:_____

_____

_____

Fue al hospital? ☐No ☐Si Cuándo? _____

Cómo fue al hospital? ☐En ambulancia ☐Me llevo un(a) amigo/a; familiar ☐Yo mismo/a

Nombre del hospital:_____

Diagnóstico: _____

Tratamiento(s) recibido(s): ☐Quiropráctico ☐Fisioterápia ☐Reposo ☐Otro_____

_____

Antes del accidente, ☐NO tenía dolor ☐Sí, tenía dolor en_____

Ha tomado algún medicamento para el dolor? ☐No ☐Sí Cuál? _____

Tuvo algún otro accidente previamente? ☐No ☐Si Cuándo? _____

Ha perdido días de trabajo por causa del accidente? ☐No ☐Si Cuántos días? _____

Qué tan frecuente siente el dolor? _____

Mi dolor empeora cuando ☐Camino ☐Me doblo ☐Me siento ☐Me levanto

☐Me acuesto ☐Empujo ☐Me agacho ☐_____

Su dolor empezó ☐Gradualmente ☐Repentinamente

Su dolor interfiere con su ☐Trabajo ☐Rutina diaria ☐Dormir

Marque la severidad de su dolor en la siguiente escala:

Nada de dolor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Dolor severo

Marque dónde, describa cómo le duele y escriba la intensidad en la escala del 1 al 10:

☐ Dolor del cuello __/10; Puedo moverlo sin dolor ☐No ☐Si

☐ Dolor de la espalda __/10; Puedo moverlo sin dolor ☐No ☐Si

☐ Dolor del hombro __/10; Puedo moverlo sin dolor ☐No ☐Si

☐ Dolor en la pierna __/10; Puedo moverla sin dolor ☐No ☐Si

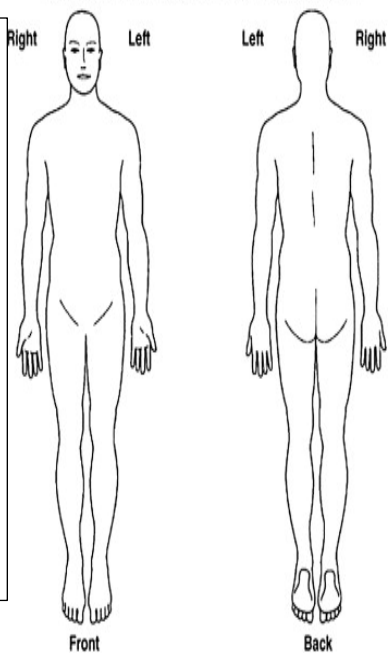
☐ Dolor en el brazo __/10; Puedo moverlo sin dolor ☐No ☐Si

☐ Dolor en la rodilla __/10; Puedo moverla sin dolor ☐No ☐Si

☐ Dolor del pecho __/10 ☐Dolor de cabeza __/10

☐ Pérdida de balance ☐Dolor de cabeza ☐Falta de apetito

☐ Dificultad para respirar ☐Náuseas/Mareos ☐Otros



Completé correctamente toda la información al mejor de mis conocimientos, y entiendo que es mi responsabilidad informar a mi doctor si llega a haber algún cambio en mi salud. También, prometo que pondré todo mi esfuerzo en venir a las citas.

Firma del paciente: _____Fecha:_____

(O guardián, padre o representante del paciente. Provea su nombre y su relación con el paciente)