

FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTES

Nombre del

Paciente: _____ **Sufijo: Jr/Sr:** _____

Primer Apellido

Nombre

Segundo Nombre

Estado Civil: Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) **Sexo:** Masculino Femenino

Dirección: _____

Calle

Ciudad

Estado

Código Postal

Teléfono: _____

Móvil

Casa

Trabajo

Fecha de Nacimiento ___/___/___ **N° de Seguridad Social:** _____

Correo Electrónico: _____

Ocupación: _____

Lenguaje preferido: Inglés Español Otro: _____

Contacto de Emergencia: _____

Relación con el paciente: _____ **Teléfono:** _____

Fecha del accidente: _____

Como ocurrió el accidente: AA (Accidente de automóvil) Lesión Laboral Otro: _____

¿Ha contratado un servicio de abogado? Sí No

Nombre del Abogado: _____ Nombre de firma del Abogado: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

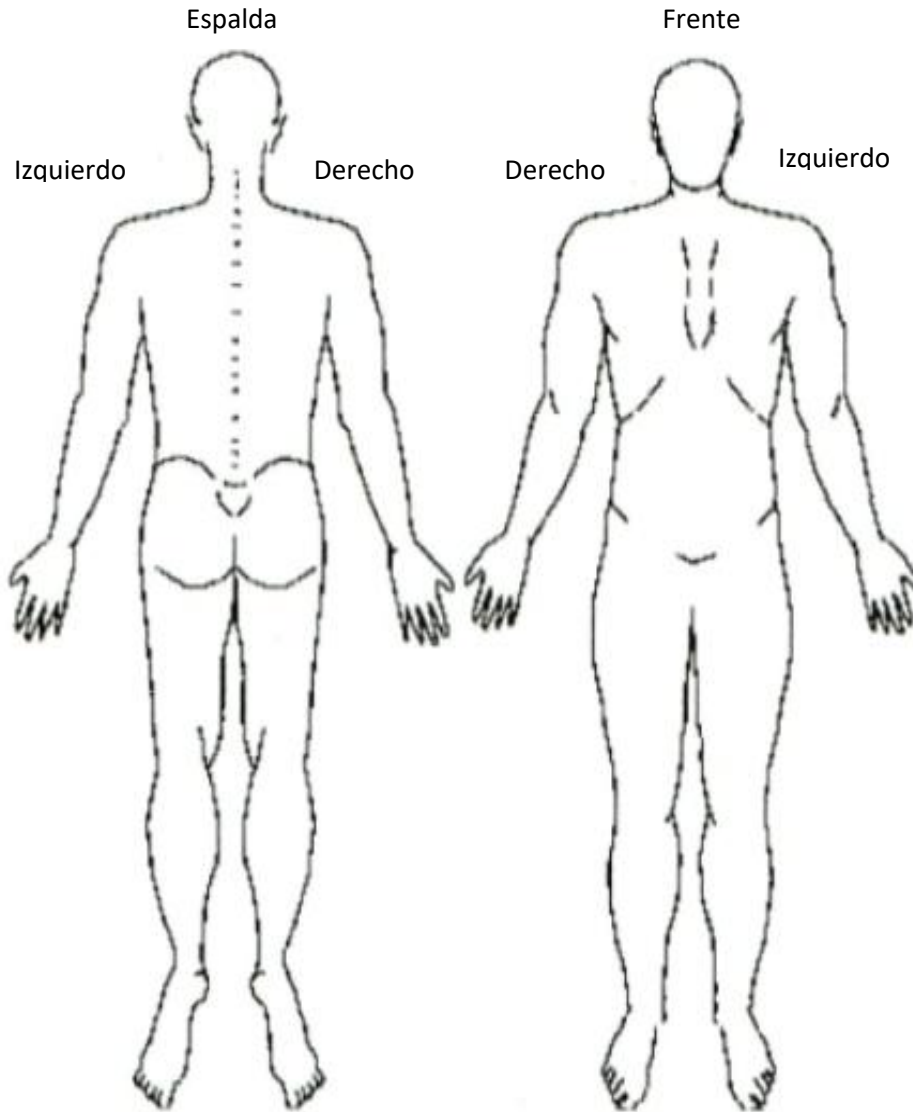
Médico de atención primaria: _____
Nombre Dirección N° Teléfono

Farmacia: _____
Nombre Dirección N° Teléfono/N° Fax

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____

Padre /tutor legal si el paciente es menor de edad) _____

Marque con una "X" o dibuje una línea en las áreas afectadas, en las cuales siente dolor/adormecimiento.



Nombre del paciente (letra molde): _____ Fecha: _____

Firma: _____

Nombre: _____

Fecha: _____

- Era usted el conductor? Sí No Fue a Sala de emergencia o Si No / Si fue, a donde? _____
centro de urgencias?
 Se abrió la bolsa de aire? Sí No Se pudo conducir vehículo luego Sí No
del accidente?
 Se desplazó en una Sí No Carro considerado irreparable Si No
ambulancia? **por aseguradora?**

Ha tenido cuidado quiropráctico / terapia física? Si No Nombre del quiropráctico/ o TF _____

Circule que tratamiento ha recibido:

- Calor Terapia Manual Estimulación eléctrica por ultrasonido/ TENS
 Masaje Tracción Otro: _____

¿Algún de estos métodos le ayudo?

- No hubo alivio Alivio Moderado Alivio mínimo

¿Ha consumido algún medicamento hoy para el dolor? Sí No

Si su respuesta es sí, por favor escriba los medicamentos: _____

Solamente para cuello y dolor de espalda

Dolor de cuello

¿Qué tan frecuente es su dolor? Constante Frecuente A veces

¿Qué describe su dolor de la mejor manera?

- Doloroso Agudo Impulso Eléctrico adormecido
 Punzante Dolor continuo Dolor ardiente Dolor fulgurante (extremo)

¿El dolor del cuello se extiende o se traslada a otras zonas? Si No, Si escogió si por favor circule hacia qué lugares.

- Hombro Izquierdo Brazo izquierdo Antebrazo izquierdo Mano izquierda Dedos izquierdos
 Hombro derecho Brazo derecho Antebrazo derecho Mano derecha Dedos derechos

Escala de dolor

Evalúe su dolor en este momento 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Evalúe su dolor cuando comienza en su peor etapa 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Existe alguna debilidad muscular en los brazos o manos? Sí No

¿Existen algunos dolores de cabeza asociados con el dolor de cuello? Sí No

Dolor de espalda

¿Qué tan frecuente es su dolor? Constante Frecuente A veces

¿Qué describe su dolor de la mejor manera?

- Doloroso Agudo Impulso Eléctrico adormecido
 Punzante Dolor continuo Dolor ardiente Dolor fulgurante (extremo)

¿El dolor de espalda se extiende o se traslada a otras zonas? Si No, Si escogió si por favor circule hacia qué lugares.

- Pierna Izquierda Pie izquierdo
 Pierna derecha Pie derecho

Escala de dolor

Evalúe su dolor en este momento 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Evalúe su dolor cuando comienza en su peor etapa 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Existe alguna debilidad muscular en los brazos o manos? Sí No

¿Existen algunos dolores de cabeza asociados con el dolor de espalda? Sí No

Historial Medico

Nombre: _____

Fecha: _____

Historial Médico anterior (por favor marque las que apliquen)

Enfermedad Cardiaca	Mala circulación	Diabetes
Ritmo Cardiaco Irregular	Presión arterial alta	Cáncer (Tipo)
Derrame	Presión arterial baja	Enfisema
Parálisis	Transfusión de sangre	Úlceras Estomacales
Convulsiones	Coágulos Sanguíneos-Pierna	Enfermedades de Riñón
Venas varicosas	Coágulos Sanguíneos-Pulmones	Adormecimiento extremo
Asma	Trastorno Hemorrágico	Ictericia
Medicamentos de esteroides	Inflamación de pierna	Hepatitis
VIH/SIDA	Medicamento anticoagulante	Complicaciones con anestesia/Problemas
Anemia	Depresión	Dolor de espalda severo
Artritis	Abuso alcohólico	Trastorno tiroideo
Coagulopatía	Abuso de drogas	Insuficiencia cardíaca congestiva
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica(EPOC)	Enfermedad de arteria coronaria	Enfisema
Fibromialgia.	Hipertensión	Otro

Historial quirúrgico anterior. Ninguno

Fecha	Procedimiento
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	

Por favor enumere medicamentos actuales y dosis que esté tomando. Ninguno

	Medicamento	Dosis		Medicamento	Dosis
1.					
2.					
3.					
4.					

Por favor enumere alergias si padece de alguna. (Droga, comida, etc.) Ninguno

	Medicamento	Dosis
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

Por favor responda las siguientes preguntas:

¿Utiliza anticoagulantes?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Toma aspirina?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene implantes metálicos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Utiliza marcapasos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Está embarazada o pudiera estar embarazada?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (contesto si, cuánto tiempo tiene?)
¿Está en periodo de lactancia?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (contesto si, cuánto tiempo lleva?)

Historial Familiar (por favor marque y escriba los miembros de familia que padecen de lo siguiente, si los hubiera)

Condición	Miembro familiar	Condición	Miembro familiar
Osteoporosis		Presión arterial alta	
Fiebre con cirugía		Problemas cardiacos	
Problemas renales		Diabetes	
Derrame		Problemas con anestesia	
Tuberculosis		Cáncer	
		Otro	

Historial Social

Estado Civil	<input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a)
¿Usted fuma o utiliza productos de tabaco?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, cuantos paquetes por día? _____
¿Qué tan frecuente toma bebidas alcohólicas?	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Ocasionalmente, ¿Cuantos tragos al día? _____

Revisión de los sistemas (Por favor marque los que apliquen)

Gastrointestinal	Genitourinario	Cardiovascular
Ninguno	Ninguno	Ninguno
Constipación	Sangre en la orina	Angina/Presión en el pecho
Heces negras	Incontinencia Urinaria	Inflamación del tobillo
Diarrea	Infecciones Urinarias Frecuentes	Palpitaciones
Otro	Otro	Desmayos
Piel	Endocrino	Latido Cardíaco Irregular
Ninguno	Ninguno	Otro
Picazón	Intolerancia al frio	Neurológico
Sarpullido	Sed excesiva	Ninguno
Otro	Otro	Dolores de cabeza
Constitucional	Psiquiátrico	Convulsiones
Ninguno	Ninguno	Derrame o parálisis
Pérdida de peso	Ansiedad	Otro
Fiebre	Depresión	Ojos
Aumento de peso	Pérdida de memoria	Ninguno
Hematológico	Oídos, Nariz y garganta	Cambio en la visión
Ninguno	Ninguno	Ojos secos
Glándulas agrandadas	Sangrado en encías	Dolor de ojo
Sangrado Prolongado	Llagas orales	Musculoesquelético
Uso de plavix	Sangrados de Nariz	Ninguno
Respiratorio	Inmunológico	Dolor de espalda
Ninguno	Ninguno	Dolor muscular
Tos crónica	Infecciones de oído	Dolor Articular
Dificultas Respiratoria	Gripe	
Otro	Neumonía	
	Otro	

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Padre /tutor legal si el paciente es menor de edad) _____