



---

Centro Chiropractic Clinic

Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Fecha de Accidente: \_\_\_\_\_ Hora de accidente: \_\_\_\_\_

Locacion de Accidente: \_\_\_\_\_

Describe brevemente el accidente: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Detalles del Accidente**

Informacion de su vehiculo (año, marca, modelo): \_\_\_\_\_

Usted fue el: Conductor, pasajero de enfrente, pasajero de atras? \_\_\_\_\_

Si usted fue el pasajero, estaba sentado :a el lado del conductor, el pasajero, o en medio? \_\_\_\_\_

Que estima la velocidad de su vehiculo al tiempo del accidente? \_\_\_\_\_

Que tipo de accidente fue? Por de tras, de lado , por en frente, diferente? \_\_\_\_\_

Informacion del otro vehiculo: (año, marca, modelo): \_\_\_\_\_

La condicion de la carretera fue: (mojada, seca, lluviosa, nevando, diferente)? \_\_\_\_\_

Que estima la velocidad del otro vehiculo: \_\_\_\_\_

Que tipo de reposacabezas tiene su carro: fijo, ajustable? \_\_\_\_\_

En que posicion estaba: hacia abajo, hacia el medio, hacia arriba? \_\_\_\_\_

Se quebro su asiento? **Si** **No** \_\_\_\_\_



Que uso: Cinturon de hombro y cintura, cintura solamente, silla de carro,  
no uso cinturon, diferente? \_\_\_\_\_

Se abrio su bolsa de aire? **Si** **No**

Si si, se golpio con la bolsa de aire? **Si** **No**

A el tiempo del impacto, su cabeza estaba posicionada : hacia enfrente, boltiando arriba, boltiando abajo, boltiando hacia la izquierda, boltiando hacia la derecha, diferente. Explique:

---

A el tiempo del impacto, que fue la posicion de su cuerpo (cuerpo de arriba): hacia enfrente, recargandose hacia atras , inclinando hacia enfrente, boltiando hacia la izquierda, boltiando hacia la derecha, diferente. Explique:

---

Estaba conciente de el accidente que iba a ocurrir? **Si** **No**

Se preparo para el impacto? **Si** **No**

Estaban sus manos en el volante al tiempo del accidente? **Si** **No**  
Si si, cual mano(s) **las dos** **la izquierda** **la derecha**

Estaba su pie en el pedal de freno? **Si** **No**  
Si si, causo el accidente que se moviera del pedal? **Si** **No**

El accidente causo que se moviera su vehiculo? **Si** **No**  
Si si, que tan lejos? \_\_\_\_\_ pies o pulgadas

Traia puesto cachucha, lentes, etc? **Si** **No**  
Si si, se le calleron ? **Si** **No**

Alguna parte de su cuerpo golpio contra el vehiculo por dentro?  
**Si** **No**  
Si si, explique: \_\_\_\_\_

---

Se desmayo despues del accidente? **Si** **No**  
Si si, por cuanto tiempo? \_\_\_\_\_

---

Describe el daño causado a su vehiculo:

Centro Chiropractic Clinic of Oregon, LLC  
2077 NE Highway 99W  
McMinnville, OR 97128  
P: (503) 857-0900 F: (503)857-0906

Modified: March 28, 2018



Que estimacion le dio el lugar de reparacion? \_\_\_\_\_

Describa el daño del otro vehiculo(s): \_\_\_\_\_

Respondio la policia a el accidente? **Si** **No**

Hicieron un reporte? **Si** **No**

Reporto un reporte de accidente con el DMV? **Si** **No**

Donde fue inmediatamente despues del accidente? \_\_\_\_\_

Como llego ? \_\_\_\_\_

Fue a el hospital? **Si** **No**

A cual hospital fue? \_\_\_\_\_

Que le diagnosticaron? \_\_\_\_\_

A que parte de su cuerpo le sacaron rayos-x? \_\_\_\_\_

Que otros exámenes o pruebas le hicieron? \_\_\_\_\_

Que medicamento le dieron? \_\_\_\_\_

**Sintomas inmediatamente despues del accidente:**

Inmediatamente despues del accidente usted se sentio: **mariado, nausia , vomito , confuso, desorientado**, diferente:

Sentio dolor inmediatamente despues del accidente? **Si** **No**

Si si, explique: \_\_\_\_\_

Si no sentio dolor inmediatamente despues del accidente, cuanto duro hasta que comenso a sentir dolor?

Centro Chiropractic Clinic of Oregon, LLC

2077 NE Highway 99W

McMinnville, OR 97128

P: (503) 857-0900 F: (503)857-0906

Modified: March 28, 2018



Donde sentio el dolor? \_\_\_\_\_

Tiene o tuvo cortadas o moretes de el accidente? **Si** **No**

Si si, explique: \_\_\_\_\_

**Sintomas ocurrientes ahorita:**

**En esta seccion, usted va a describer su dolor de ahorita. Separadamente, va a describer cada parte de su cuerpo que se lastimo y va a contestar unas preguntas con respecto a el dolor en esa parte de su cuerpo.**

**Ejemplo de las partes del cuerpo son: Dolores de cabeza, dolor del quello, espalda hacia arriba, espalda a el medio, espalda hacia abajo, dolor de cadera, dolor de rodilla, dolor de tobillo, dolor de pie , dolor de hombro, dolor de codo, dolor de muñeca, dolor de mano, dolor de pecho, etc.**

**Parte de cuerpo 1:** \_\_\_\_\_

Que causa que el dolor aumente?: \_\_\_\_\_

Que causa que disminuya su dolor?: \_\_\_\_\_

Explique el tipo de dolor que siente: \_\_\_\_\_

El dolor se queda en esa parte de su cuerpo o, se mueve a otro lugar?

En una escala de 0-10 con el 0 representando absolutamente nada de dolor, y el 10 representando el peor dolor imaginable, que es el nivel de su dolor **ahorita?** (circule uno)

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

Cual es su nivel de dolor **usualmente?** **1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**

El dolor esta: mejorandose con tiempo, quedandose igual, o empeorando con tiempo? \_\_\_\_\_

Que porsentage del dia siente el dolor (0-100%): \_\_\_\_\_

El dolor varea durante el dia? (por ejemplo, peor a el fin del dia) o es constante? **Si** **No**

Si el dolor varea, explique: \_\_\_\_\_

**Parte de cuerpo 2:** \_\_\_\_\_

Centro Chiropractic Clinic of Oregon, LLC

2077 NE Highway 99W

McMinnville, OR 97128

P: (503) 857-0900 F: (503)857-0906

Modified: March 28, 2018



Que causa que el dolor aumente?: \_\_\_\_\_

Que causa que disminuya su dolor?: \_\_\_\_\_

Explique el tipo de dolor que siente: \_\_\_\_\_

El dolor se queda en esa parte de su cuerpo o, se mueve a otro lugar?: \_\_\_\_\_

En una escala de 0-10 con el 0 representando absolutamente nada de dolor, y el 10 representando el peor dolor imaginable, que es el nivel de su dolor **ahorita?** (circule uno)

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

Cual es su nivel de dolor **usualmente?**: **1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**

El dolor esta: mejorandose con tiempo, quedandose igual, o empeorando con tiempo? **Si No**

Que porcentaje del dia siente el dolor (0-100%): \_\_\_\_\_

El dolor varea durante el dia? (por ejemplo, peor a el fin del dia) o es constante??

Si el dolor varea, explique: \_\_\_\_\_

**Parte de cuerpo 3:** \_\_\_\_\_

Que causa que el dolor aumente?: \_\_\_\_\_

Que causa que disminuya su dolor?: \_\_\_\_\_

Explique el tipo de dolor que siente: \_\_\_\_\_

El dolor se queda en esa parte de su cuerpo o, se mueve a otro lugar?: \_\_\_\_\_

En una escala de 0-10 con el 0 representando absolutamente nada de dolor, y el 10 representando el peor dolor imaginable, que es el nivel de su dolor **ahorita?** (circule uno)

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

Cual es su nivel de dolor **usualmente?**: **1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**

El dolor esta: mejorandose con tiempo, quedandose igual, o empeorando con tiempo? **Si No**

Que porcentaje del dia siente el dolor (0-100%): \_\_\_\_\_

El dolor varea durante el dia? (por ejemplo, peor a el fin del dia) o es constante??

Centro Chiropractic Clinic of Oregon, LLC

2077 NE Highway 99W

McMinnville, OR 97128

P: (503) 857-0900 F: (503)857-0906

Modified: March 28, 2018



Si el dolor varea, explique: \_\_\_\_\_

**Parte de cuerpo 4:** \_\_\_\_\_

Que causa que el dolor aumente?: \_\_\_\_\_

Que causa que disminuya su dolor?: \_\_\_\_\_

Explique el tipo de dolor que siente: \_\_\_\_\_

El dolor se queda en esa parte de su cuerpo o, se mueve a otro lugar?: \_\_\_\_\_

En una escala de 0-10 con el 0 representando absolutamente nada de dolor, y el 10 representando el peor dolor imaginable, que es el nivel de su dolor **ahorita?** (circule uno)

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

Cual es su nivel de dolor **usualmente?**: **1   2   3   4   5   6   7   8   9   10**

El dolor esta: mejorandose con tiempo, quedandose igual, o empeorando con tiempo? **Si    No**

Que porcentaje del día siente el dolor (0-100%): \_\_\_\_\_

El dolor varea durante el dia? (por ejemplo, peor a el fin del dia) o es constante??

Si el dolor varea, explique: \_\_\_\_\_

Si despues de el accidente tuvo de las siguientes sintomas, porfavor explique en detalle:



**Brazos o piernas entumidas**      **Si**                      **No**

---

**Piquetes en sus brazos o piernas**      **Si**                      **No**

---

**Dolor al comer o al beber:**      **Si**                      **No**

---

**Cambio su vision:**      **Si**                      **No**

---

**Oye diferente:**      **Si**                      **No**

---

**Vomito:**      **Si**                      **No**

---

**Cambios intestinales:**      **Si**                      **No**

---

**Cambio de la vejiga:**      **Si**                      **No**

---

**Tiene algun otro cambio de su cuerpo que siente que fue resultado del accidente?**

---

---

**Su historia de salud (Favor de explicar completamente):**

Tiene enfermedad grave? \_\_\_\_\_



Ha sido hospitalizado antes? \_\_\_\_\_

Ha tenido cirugias? \_\_\_\_\_

Tuvo trauma fisica anteriormente? **Si** **No**

Ha tenido otro accidente(s)? **Si** **No**

Cuantos embarazos ha tenido? \_\_\_\_\_

Esta tomando medicamento ahorita? **Si** **No**

Tiene alergias? **Si** **No**

Ha tenido rayos-x? **Si** **No**

Primera vista con chiropractico? (Si no, nombre y ciudad de Dr) \_\_\_\_\_

Cuando fue su ultimo examen fisico? \_\_\_\_\_

Tiene historia pasada de sus quejas o dolor? \_\_\_\_\_

**Sintomas: Favor de circular y explicar sintomas que tiene ahorita**

Fiebre cansancio sudor por la noche dolor de pecho Falta de aliento

Dolor abdominal tos cronica ronchas perdida de peso nausea

Vomito diabetes desorden musculoeskeletal enfermedad de Corazon o pulmon

**Historia de salud familiar (Solo abuelos, padres e hijos): (favor de circular y explicar quein tiene o tuvo la condicion, y la edad cuando primero se le diagnostico)**

Anemia cancer diabetes enfermedad de corazon alta precion

Epilepsia desordenes psicologicas asma enfermedad de riñon glaucoma tuberculosis

**Su historia personal/social:**

A que se dedica? \_\_\_\_\_

Esta casado(a)? **Si** **No**

Centro Chiropractic Clinic of Oregon, LLC

2077 NE Highway 99W

McMinnville, OR 97128

P: (503) 857-0900 F: (503)857-0906

Modified: March 28, 2018





Que edad tienen sus niños? \_\_\_\_\_

Describe su dieta:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Hace ejercicio regularmente? **Si** **No**

Tiene aficiones? **Si** **No**

Si si, puede hacer sus aficiones despues del accidente? **Yes** **No**

Toma alcohol? **Si** **No**

Si si, que tan seguido? \_\_\_\_\_

Usa productos de tabacco? **Si** **No**

Si si, cuanto y por cuanto tiempo? \_\_\_\_\_