



Centro Chiropractic Clinic

Fecha de Hoy: _____

Nombre de Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Fecha de Accidente: _____ Hora de accidente: _____

Locacion de Accidente: _____

Describa 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** _____

Centro Chiropractic Center

1585 N. Pacific Hwy

Woodburn, OR 97071

P: (503) 981-1155 F: (503) 981-0066

Modified: June 28, 2011



Que uso: Cinturon de hombro y cintura, cintura solamente, silla de carro,
no uso cinturón, diferente? _____

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

Si si, se golpío 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 posición 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 golpío 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 vehículo: _____

Que estimacion le dio el lugar de reparacion? _____

Describe el daño del otro vehículo(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 examenes 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 comenzo a sentir dolor?

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 describir su dolor de ahorita. Separadamente, va a describir 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 porcentaje del dia siente el dolor (0-100%):

Centro Chiropractic Center
1585 N. Pacific Hwy
Woodburn, OR 97071

P: (503) 981-1155 **F:** (503) 981-0066

Modified: June 28, 2011

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: _____

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 porsentaje 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??

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 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: _____



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**

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? _____



Centro Chiropractic Center
1585 N. Pacific Hwy
Woodburn, OR 97071
P: (503) 981-1155 **F:** (503) 981-0066

Modified: June 28, 2011