



# BACKFIT HEALTH + SPINE

## Información del Accidente

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

❖ Fecha del accidente: \_\_\_\_\_ Hora del Dia: \_\_\_\_\_

❖ Lugar del Accidente: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

❖ En sus propias palabras, describa el accidente:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

❖ Fue golpeado hasta quedar inconsciente?  No  Si En caso afirmativo, por cuánto tiempo?

\_\_\_\_\_

❖ Qué efectos tuvo o tiene el accidente sobre usted (física y emocionalmente):

durante el accidente: \_\_\_\_\_

inmediatamente después del accidente: \_\_\_\_\_

más tarde ese día: \_\_\_\_\_

al día siguiente: \_\_\_\_\_

❖ Cuáles son sus presentes quejas y síntomas?

\_\_\_\_\_

❖ Donde le llevaron despues del accidente? \_\_\_\_\_

❖ Ha sido tratado por otro médico desde el accidente?  No  Sí

En caso afirmativo, ¿quién? \_\_\_\_\_

Qué tipo de tratamiento recibió? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Le dieron algun medicamento? En caso afirmativo, por favor indique \_\_\_\_\_

❖ Se ha auto-tratado? En caso afirmativo ¿cómo? \_\_\_\_\_

❖ Por qué ha venido a nosotros? \_\_\_\_\_

❖ Qué espera de nosotros? \_\_\_\_\_

**TRABAJO:**

- ❖ Como resultado del accidente, ha perdido tiempo de trabajo?  No  Sí

Si es así, por favor complete lo siguiente:

Fecha que trabajó por última vez: \_\_\_\_\_

¿Qué actividades específicas realiza en el trabajo (es decir: sentarse, levantar, caminar): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- ❖ Ha notado alguna limitación al realizar su trabajo? En caso afirmativo, por favor explique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- ❖ Está preocupado por el efecto de este accidente en su trabajo? En caso afirmativo, por favor explique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**RELACIONES:**

- ❖ Ha notado alguna tensión nueva o en aumento con su pareja, hijos, hermanos, padres, compañeros de trabajo a consecuencia del accidente? En caso afirmativo, por favor explique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- ❖ Es usted capaz de manejar o necesita ayuda? \_\_\_\_\_

**VIDA PERSONAL:**

- ❖ Ha tenido dificultades para realizar las actividades cotidianas? (Por ejemplo, aseo propio, cuidado de niños, lectura, ir de compras, conducir ...) En caso afirmativo, por favor explique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- ❖ Ha tenido alguna dificultad para realizar las tareas en su hogar? (Por ejemplo, la limpieza, el cuidado del automóvil, el jardín ...) En caso afirmativo, por favor explique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- ❖ Ha tenido dificultades para realizar sus actividades o pasatiempos recreativos? (Por ejemplo, hacer ejercicio en el gimnasio, caminar, tenis, golf, natación, yoga ...) En caso afirmativo, por favor explique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- ❖ Ha tenido que contratar a alguien que le ayude con sus responsabilidades? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- ❖ Quién le ha ayudado y de qué manera? \_\_\_\_\_