

**Nombre** \_\_\_\_\_ **Apellido** \_\_\_\_\_ **Como se entero de nosotros** \_\_\_\_\_  
**Direccion** \_\_\_\_\_ **Ciudad/Estado** \_\_\_\_\_ **Codigo Postal** \_\_\_\_\_  
**Numero de celular** \_\_\_\_\_ **Numero de casa** \_\_\_\_\_ **Seguridad Social** \_\_\_\_\_  
**Correo Electrónico** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento** \_\_\_\_\_ **Edad** \_\_\_\_\_ **Sexo**  Masculino  Femenina  
**Contacto de Emergencia** \_\_\_\_\_ **Numero #** \_\_\_\_\_  
**Estado Civil**  Soltero(a)  Casado(a)  Otro **Hijos**  Si  No **Cuantos ?** \_\_\_\_\_  
**Estado de Empleo**  Empleado(a)  Estudiante  Otro  Retirado(a)  Trabajador Independiente  
**Profesión** \_\_\_\_\_ **Empleador** \_\_\_\_\_ **Numero de empleador** \_\_\_\_\_  
**¿Tienes seguro?**  Si  No **Nombre de seguro** \_\_\_\_\_  
**¿Asegurada primario(a)?**  Si  No, **primario y relación con uno mismo** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento** \_\_\_\_\_  
**Medico(a) de familia** \_\_\_\_\_ **Numero** \_\_\_\_\_

### Medicamentos actuales, COMPLETO:

Medicación RX / sin receta	Dosis
1)	
2)	
3)	
4)	
5)	

### Condiciones médicas conocidas:

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_
- 4) \_\_\_\_\_
- 5) \_\_\_\_\_

### Lista de alergias de medicamentos, comida y / o ambiental:

- 1) \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_ 4) \_\_\_\_\_

¿Sufres de alergias estacionales?  Si  No Si es sí, ¿has tenido pruebas de alergia antes?  Si  No

¿Sufres de sensibilidad alimentaria?  Si  No Si es sí, ¿has tenido pruebas de sensibilidad alimentaria antes?  Si  No

### Historia Familiar: Verifique cualquier condición que USTED o SU FAMILIA hayan tenido o hayan tenido en el pasado **\*\* (P) Paciente o (F) por**

<input type="checkbox"/> Alcoholismo (P or F)	<input type="checkbox"/> Hipertension (P or F)	<input type="checkbox"/> Carrera (P or F)
<input type="checkbox"/> Anemia (P or F)	<input type="checkbox"/> Nefropatia (P or F)	<input type="checkbox"/> Intento de suicidio (P or F)
<input type="checkbox"/> Asma (P or F)	<input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado (P or F)	<input type="checkbox"/> Enfermedad de tiroides (P or F)
<input type="checkbox"/> Cancer/Tumor (P or F)	<input type="checkbox"/> Hepatitis (P or F)	<input type="checkbox"/> Enfermedad del corazon (P or F)
<input type="checkbox"/> Diabetes (P or F)	<input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar (P or F)	<input type="checkbox"/> Ulceras (P or F)
<input type="checkbox"/> Abuso de drogas (P or F)	<input type="checkbox"/> Artritis Reumatoide (P or F)	<input type="checkbox"/> HIV o Enfermedes inmunes (P or F)
<input type="checkbox"/> Depresion (P or F)	<input type="checkbox"/> Osteoarthritis (P or F)	<input type="checkbox"/> Colesterol alto (P or F)
<input type="checkbox"/> Epilepsia/convulsiones (P or F)	<input type="checkbox"/> Osteoporosis (P or F)	<input type="checkbox"/> Otra cosas _____

### Historia de salud pasada: Por favor marque cualquier condición que tenga ahora o haya tenido en el pasado

<b>General</b> <input type="checkbox"/> Perdida de peso <input type="checkbox"/> Fatiga <input type="checkbox"/> Fiebre <b>MSK</b> <input type="checkbox"/> Dolor Articulaciones <input type="checkbox"/> Rigidez <input type="checkbox"/> Dolor Muscular <input type="checkbox"/> Articulaciones Inflamadas <b>Psiquiatrica</b> <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Depresion	<b>GU</b> <input type="checkbox"/> Disfuncion Erectil <input type="checkbox"/> Vejiga permeable <input type="checkbox"/> Sangre en la Orina <input type="checkbox"/> Urinacion frecuente <b>ENT</b> <input type="checkbox"/> Dificultad escuchando <input type="checkbox"/> Zumbidos de oidos <input type="checkbox"/> Vertigo <input type="checkbox"/> Problema sinusal <input type="checkbox"/> Dolor de garganta crónico	<b>Hematología</b> <input type="checkbox"/> Moretones Facilmente <input type="checkbox"/> Sanfrado Facil <b>Endocrina(o)</b> <input type="checkbox"/> Perdida de cabello <input type="checkbox"/> Aumento de peso <b>Respiratoria(o)</b> <input type="checkbox"/> Tos <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Difficult Breathing	<b>Cardiovascular</b> <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho <input type="checkbox"/> Palpitaciones <input type="checkbox"/> sin aliento <input type="checkbox"/> Desmayo <input type="checkbox"/> Tobillos hinchados <b>Solo mujeres</b> <input type="checkbox"/> Mamografía anormal <input type="checkbox"/> Papanicolaou anormal <input type="checkbox"/> Embarazada <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Sí, que tan lejos? _____	<b>GI</b> <input type="checkbox"/> Acidez <input type="checkbox"/> Nausea <input type="checkbox"/> Estreñimiento <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Dolor abdominal <b>Ojos</b> <input type="checkbox"/> Lentes <input type="checkbox"/> Dolor en los ojos <input type="checkbox"/> Vision doble	<b>Skin</b> <input type="checkbox"/> Erupcion <input type="checkbox"/> Comozon <input type="checkbox"/> Lesions <b>Neurologica(o)</b> <input type="checkbox"/> Perdida de fuerza <input type="checkbox"/> Entumecimiento <input type="checkbox"/> Temblores <input type="checkbox"/> Pérdida memoria <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza Frecuencia _____
--	---	---	---	--	--

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Dr Initials \_\_\_\_\_

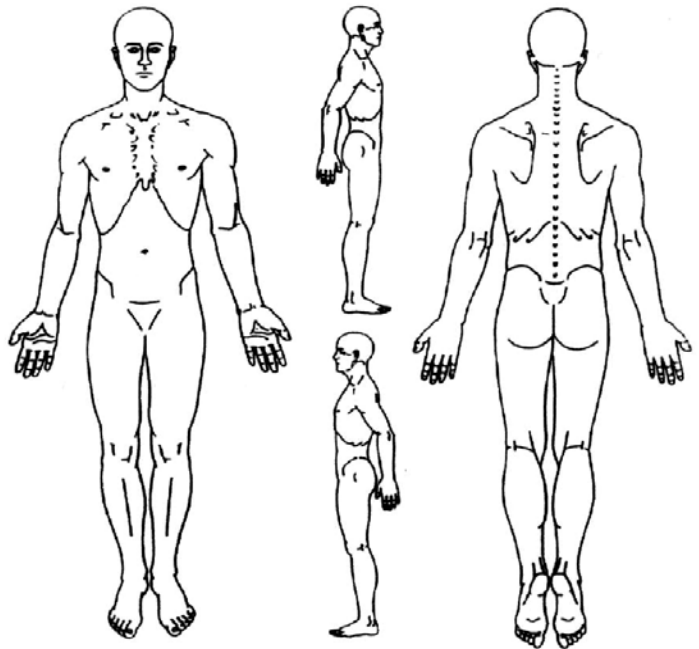
**Primera queja principal:** \_\_\_\_\_ Cuando Comenzo? \_\_\_\_\_ Gradual / Súbito  
 Círculo el nivel actual de dolor de su queja: \_\_\_\_\_ Círculo el porcentaje del día que experimenta la queja:  
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100  
 Leve Severo **Como calificaria el dolor en ese momento? (1 – 10)** \_\_\_\_\_

**Segunda queja principal:** \_\_\_\_\_ Cuando Comenzo? \_\_\_\_\_ Gradual / Súbito  
 Círculo el nivel actual de dolor de su queja: \_\_\_\_\_ Círculo el porcentaje del día que experimenta la queja:  
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100  
 Leve Severo **Como calificaria el dolor en ese momento? (1 – 10)** \_\_\_\_\_

**Tercera queja principal:** \_\_\_\_\_ Cuando Comenzo? \_\_\_\_\_ Gradual / Súbito  
 Círculo el nivel actual de dolor de su queja: \_\_\_\_\_ Círculo el porcentaje del día que experimenta la queja:  
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100  
 Leve Severo **Como calificaria el dolor en ese momento? (1 – 10)** \_\_\_\_\_

Usando las letras a continuación, muestre dónde está experimentando todas sus quejas actuales:

- A: dolor
- B: ardor
- C: calambres
- D: dolor sordo
- F: rigidez
- N: entumecimiento
- R: palpitante
- S: dolor
- T: hormigueo
- X: dolor agudo
- SP: dolor de disparo
- RP: irradiando dolor



¿Alguna vez ha tenido pruebas para su condición actual?  MRI  Rayos X  CT  Otro \_\_\_\_\_  
 ¿Tienes un marcapasos?  Sí  No  
 ¿Bebes alcohol?  Sí  No En caso afirmativo, cuál es la frecuencia \_\_\_\_\_  
 ¿Actualmente fuma tabaco de algún tipo?  Sí  Ex fumador  Nunca ha sido fumador  
 En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia fuma? \_\_\_\_\_  
 ¿Cuándo fue su último examen físico? \_\_\_\_\_  
 ¿Cuándo fue la última vez que le hicieron análisis de sangre?  Dentro de un año  Más de un año  No estoy seguro  
 ¿Alguna cirugía?  Sí  No En caso afirmativo, enumere: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente (en letra de imprenta) \_\_\_\_\_

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Dr. Initials \_\_\_\_\_

## Información sobre el accidente

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

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

• Fecha del accidente: \_\_\_\_\_

Hora del día: \_\_\_\_\_

• Lugar del accidente: \_\_\_\_\_

• Ciudad: \_\_\_\_\_

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

• En sus propias palabras, describa el accidente:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

• ¿Cuál era su posición en el vehículo? (Conductor, pasajero del asiento delantero, etc.) \_\_\_\_\_

• ¿Cuál es la marca y el modelo del coche en el que estuviste? \_\_\_\_\_

• ¿Cuál es la marca y el modelo del coche que te golpeó? \_\_\_\_\_

• Cinturón de seguridad activado? \_\_\_\_\_

• Bolsa de aire desplegado? (por favor círculo - SÍ / NO

• ¿En qué dirección estaba mirando? (adelante, a un lado, desconocido) \_\_\_\_\_

• ¿Alguna parte de su cuerpo entro en contacto con el vehículo? (por favor marque) - SÍ / NO

    o En caso afirmativo, ¿qué parte(s) del cuerpo? \_\_\_\_\_

• ¿Sufrió una lesión en la cabeza? SÍ / NO

• ¿Perdió el conocimiento? SÍ / NO

Desde el accidente, ¿ha tenido alguno de los siguientes síntomas: Encierra en un círculo todo lo que corresponde

No pensar con claridad / Sentirse lento / No poder concentrarse / No poder recordar nueva información

Náuseas y vómitos / Dolor de cabeza / Visión borrosa / Mareo / Sensibilidad a la luz o al ruido / Problemas de equilibrio

Sentirse cansado o sin energía / Fácilmente molesto o enojado / Triste / Nervioso o ansioso / Más emocional

Dormir más de lo habitual / Dormir menos de lo habitual / Tener dificultades para conciliar el sueño

• ¿Lugar del impacto en su vehículo?

\_\_\_\_\_

• ¿A qué velocidad estimada se movía su vehículo?

\_\_\_\_\_

• ¿Daños al vehículo? (por favor, marque un círculo) - Totalizado / Daño grave / Moderado / Leve / Sin daño visible

• ¿Cuál fue la velocidad estimada del otro (s) vehículo (s)? \_\_\_\_\_

• ¿Danos al otro vehículo? (por favor, marque un círculo) - Totalizado / Daño grave / Moderado / Leve / Sin daño visible

• ¿Su vehículo fue remolcado de la escena? (por favor marque) - SÍ / NO

• ¿Policía en la escena? (por favor marque) - SÍ / NO ¿Quién fue multado? \_\_\_\_\_

• ¿Se presentó un informe policial de accidente? (por favor marque) - SÍ / NO

• ¿Estaban los Servicios Médicos de Emergencia en la escena? (por favor marque) - SÍ / NO

• ¿Fue transportado al hospital? (por favor, marque) - SÍ / NO                      ¿Qué hospital? \_\_\_\_\_

    o ¿Alguien lo llevó a casa? (por favor marque) - SÍ / NO

    o ¿Condujiste a casa? (por favor marque) - SÍ / NO

    o ¿Continuó con sus actividades? (por favor marque) - SÍ / NO

- ¿Ha recibido algún tratamiento o ha sido examinado desde el accidente? (por favor, marque) - SÍ / NO -

- ¿Qué tratamiento y dónde?

---

---

- ¿Le dieron algún medicamento? En caso afirmativo, por favor enumere

---

- ¿Se ha autotratado? En caso afirmativo, ¿Cómo?

---

**SINTOMAS:**

- ¿Qué efectos tuvo el accidente sobre usted? (físico y emocionalmente):

- Durante el accidente: \_\_\_\_\_
- Inmediatamente después del accidente: \_\_\_\_\_
- Más tarde ese día : \_\_\_\_\_
- Al día siguiente: \_\_\_\_\_
- ¿Cuáles son sus quejas y síntomas ahora?

---

---

**TRABAJO:**

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

- En caso afirmativo, complete lo siguiente:

- Fecha de trabajo por última vez: \_\_\_\_\_
- ¿Ha notado alguna limitación al realizar su trabajo?
- En caso afirmativo, sírvase explicar:  
\_\_\_\_\_
- ¿Le preocupa el efecto de este accidente en su trabajo?
- En caso afirmativo, sírvase explicar:  
\_\_\_\_\_

**RELACIONES PERSONALES:**

- ¿Ha notado alguna tensión nueva o creciente en el hogar con su pareja, hijos, hermanos, padres, compañeros de trabajo?

- En caso afirmativo, sírvase explicar: \_\_\_\_\_
- ¿Eres capaz de gestionar o necesitas ayuda? \_\_\_\_\_

**VIDA PERSONAL:**

- ¿Ha tenido alguna dificultad para realizar las actividades cotidianas? (Por ejemplo; aseo, baño, cuidado de niños, lectura, compras, conducir ...)

- En caso afirmativo, sírvase explicar: \_\_\_\_\_

- ¿Ha tenido alguna dificultad para realizar alguna tarea en su hogar? (Por ejemplo; trabajo en el jardín, limpieza, cuidado del automóvil ...)

- En caso afirmativo, sírvase explicar: \_\_\_\_\_

- ¿Ha tenido alguna dificultad para realizar actividades recreativas / pasatiempos? (Por ejemplo; hacer ejercicio en el gimnasio, senderismo, tenis, golf, natación, yoga ...)

- En caso afirmativo, sírvase explicar: \_\_\_\_\_

X \_\_\_\_\_

Firma del paciente



## Información sobre el seguro de lesiones personales

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_  
Fecha del accidente: \_\_\_\_\_  Conductor  Pasajero

Proporcione tanta información como sea posible para que su caso pueda configurarse para su ventaja financiera. En el estado de Arizona, las leyes de seguros dicen que usted tiene derecho a facturar cualquier póliza de seguro bajo la cual tenga cobertura. En el caso de más de una cobertura de seguro, puede ocurrir un pago excesivo. Solo necesitamos que nos paguen una vez, por lo que todos los sobrepagos se le reembolsarán en el momento en que se reciban todos los pagos.

### Cobertura médica a través de la póliza de automóvil (MedPay/PIP):

En su seguro de automóvil, o el seguro de automóvil para el automóvil en el que fue conductor / pasajero, puede haber cobertura llamada "Med-Pay" o "pagos médicos". Esta cobertura es para cualquier lesión que pueda haberle ocurrido a cada persona en el automóvil. Cubrirá cualquier cosa, desde un accidente automovilístico que fue o no fue su culpa, hasta golpear su dedo en la puerta del su automóvil. El uso de esta parte de la póliza no puede aumentar su prima de seguro ni afectar su registro de ninguna manera. De hecho, esto es exactamente la razón por que paga por incluir "Med-Pay" o "pagos médicos" en su póliza de seguro de automóvil.

¿Elige usar sus beneficios de pago de medicamentos?  SÍ  NO Límite de Med-Pay: \_\_\_\_\_  
Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ Nombre del seguro: \_\_\_\_\_  
Dirección del seguro: \_\_\_\_\_ Teléfono del seguro #: \_\_\_\_\_  
Numero de póliza: \_\_\_\_\_ Numero de reclamo: \_\_\_\_\_

**Responsabilidad de terceros:** Esta es la información del seguro para la persona que estaba en el otro vehículo. La información se puede encontrar en el Informe de Accidente y/o en el Formulario de Información de Intercambio de Seguros.

Nombre del conductor: \_\_\_\_\_  
Dirección del conductor: \_\_\_\_\_  
Numero de póliza: \_\_\_\_\_ Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_  
Nombre del seguro: \_\_\_\_\_ Teléfono del seguro: \_\_\_\_\_  
Nombre del ajustador: \_\_\_\_\_ Numero de teléfono: \_\_\_\_\_  
Numero de reclamo: \_\_\_\_\_

### Información del abogado:

¿Tiene un abogado?  SÍ  NO Si no, podemos proporcionar información para un abogado que se especialice en reclamos de automóviles.

Nombre del abogado: \_\_\_\_\_ Nombre del bufete de abogados: \_\_\_\_\_  
Persona de contacto: \_\_\_\_\_ Numero de teléfono: \_\_\_\_\_

Al firmar a continuación, reconozco que he proporcionado toda la información solicitada a mi leal saber y entender y que entiendo toda la información que se me explica en este formulario.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha de hoy