

Bienvenido



Liringis Chiropractic ACCIDENT & INJURY CENTER

Winston-Salem (336) 768-1004 • Fax (336) 659-1373
3570 Vest Mill Road, #B • Winston-Salem, NC 27103

CUESTIONARIO PARA PACIENTE NUEVO Y ACCIDENTE DE VEHÍCULO

Steve Liringis, DC
John Robinson, DC

1 DATOS PERSONALES

Fecha de hoy: _____ / _____ / _____

Nombre del Paciente: _____
APELLIDO PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE

Hombre Mujer

Fecha de nacimiento : _____ / _____ / _____ Edad: _____ N° de Seguro Social: _____

Dirección/Domicilio donde vive: _____

_____ CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____

Teléfono del trabajo: _____ N° de Extensión/Interno: _____

Dirección de E-mail: _____

Empleador: _____ ¿Tiempo que lleva trabajando allí? _____

Dirección del Empleador: _____

_____ CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL
Estado civil: Menor de edad Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Separado(a) Viudo(a)

¿Es usted estudiante de tiempo completo? Sí No

¿Vive usted con algún familiar/pariente? Sí No

Nombre de su esposo(a): _____

¿Tiene hijos(as)? Sí No ¿Cuántos hijos(as) tiene? _____

2 EN CASO de EMERGENCIA

¿A quién debemos contactar en caso de emergencia? _____

¿Cuál es su relación con esta persona? : _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____

Teléfono del trabajo: _____ N° de Extensión/Interno: _____

¿Quién es su médico primario/principal? _____

Número de teléfono de su médico: _____

Staff Initials: _____

➤ sigue en la próxima página

1. Fecha del accidente: _____ Hora: _____ AM PM
Lugar específico donde ocurrió el accidente: _____
2. En sus propias palabras, describa detalladamente cómo ocurrió el accidente: _____

3. En el accidente usted era el/la Conductor(a) Pasajero(a) Peatón Otro _____
4. ¿Fue su vehículo el que chocó al otro vehículo? Sí No
5. ¿Fue el otro vehículo el que chocó al suyo? Sí No
6. El impacto del choque fue: por detrás de frente lado del conductor lado del pasajero
7. ¿Emitió la policía multa(s)? ¿A quién(es)? a usted al conductor de su vehículo al conductor del otro vehículo no fueron emitidas multas
8. ¿Llegó la policía al lugar del accidente? Sí No ¿Realizaron el reporte? Sí No
9. ¿Llegó usted a darse cuenta que estaba por ocurrir el accidente? Sí No
10. La Posición de su Cabeza al momento del impacto era: hacia delante hacia la izquierda hacia la derecha hacia arriba hacia abajo
11. ¿Su cuerpo se golpeó contra algo? Sí No Si la respuesta es SÍ, por favor describa: _____

12. ¿Se activaron las bolsas de aire? Sí No Si respondió SÍ, ¿recibió usted el impacto de las bolsas? Sí No
¿Le causó daño/raspón en la piel? Sí No
13. ¿Estaba usando sombrero o gafas/anteojos? Sí No Si respondió SÍ, ¿todavía le quedaron puestos después del choque? Sí No
14. ¿Llegó a desmayarse o a perder el conocimiento? Sí No Si respondió SÍ, ¿por cuánto tiempo? _____
15. **¿Cuánto se estima que fue el daño hecho al vehículo donde viajaba? Cantidad del daño** _____
16. Velocidad a la que transitaba el vehículo al momento del impacto/accidente: _____
17. Condiciones de la calle/ruta: Seco Húmedo Mojado Nieve Hielo Otro _____
18. **¿Estaba intoxicado el conductor que tuvo la culpa (bajo la influencia de drogas o alcohol)?** Sí No

1. ¿Recibió usted atención médica en la sala de Emergencias? Sí No
2. Si fue así, ¿en cuál hospital? _____
3. ¿Fue trasladado(a) a Emergencias en ambulancia? Sí No
4. Si no fue trasladado(a) en ambulancia, ¿En que fecha recibió atención médica? _____
5. ¿Recibió tratamiento médico? Sí No Si respondió SÍ inyección abrazadera terapia física muletas/bastón
 hielo Medicación: Nombre del medicamento: _____
6. ¿Recibió algún otro tratamiento? _____
7. ¿Le tomaron radiografías con Rayos-X? Sí No Si fue así, ¿de que parte del cuerpo? _____
- (Si tiene un reporte médico por favor déjenos saber para que le podamos sacar una copia y devolverle el original)*
8. ¿Le hicieron algún análisis de laboratorio? Sí No Resultados: _____
9. Instrucciones de seguimiento recibidas: _____ Ninguna
10. **¿El médico de Emergencias le entregó permiso médico para faltar al trabajo?** Sí No Si fue así ¿para que fechas? _____
11. **¿El médico de Emergencias le entregó reporte sobre restricciones de tareas en el trabajo?** Sí No Si fue así ¿para que fechas? _____
12. ¿Volvió usted a ser atendido nuevamente en Emergencias? Sí No Si respondió SÍ, ¿a cuál hospital? : _____
13. Fecha en la que regresó a Emergencias? _____

1. ¿Es Liringis Chiropractic el único consultorio médico al que usted ha ido para atenderse por este accidente? Sí No
- Si la respuesta es NO, complete por favor lo siguiente:
- Médico: _____ Especialidad: _____ Fecha de la primera visita: _____
- ¿Le tomaron radiografías con Rayos-X? Si fue así, ¿de que parte del cuerpo? _____
- ¿Sigue todavía con tratamiento médico? Sí No
- ¿El médico de Emergencias le entregó permiso médico para faltar al trabajo?** Sí No Si fue así ¿para que fechas? _____
- ¿El médico de Emergencias le entregó reporte de restricciones de tareas en el trabajo?** Sí No Si fue así ¿para que fechas? _____
- Prueba médica especial: _____ Referido a: _____

Doctor's Initials: _____
Staff Initials: _____

➤ sigue en la próxima página

6

CULPA POR EL ACCIDENTE (Persona que causó el accidente y sus datos de seguro)

Ajustador de seguros a cargo de su reclamo por lesión física: _____ Número de Reclamo: _____

Si no sabe el N° de Reclamo, ¿puede indicarnos cuál es la Compañía de Seguros y el Número de Póliza? _____

Número de teléfono del Ajustador: _____ Número de Fax del Ajustador: _____

7

ANTECEDENTES MÉDICOS

1. ¿Tiene usted actualmente, o tuvo anteriormente, alguna de estas condiciones médicas, enfermedades o tratamientos?

- | | | | |
|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sí Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Sí Enfermedad de Tiroides | <input type="checkbox"/> Sí Diabetes | <input type="checkbox"/> Sí Desmayos/Ataques/Epilepsia |
| <input type="checkbox"/> Sí Problemas de Riñones | <input type="checkbox"/> Sí Gota | <input type="checkbox"/> Sí Hepatitis | <input type="checkbox"/> Sí Enfermedad Venérea |
| <input type="checkbox"/> Sí Ciática | <input type="checkbox"/> Sí Paro o ataque de corazón | <input type="checkbox"/> Sí Polio/DM | <input type="checkbox"/> Sí Fiebre Reumática |
| <input type="checkbox"/> Sí Enfermedad del Colon | <input type="checkbox"/> Sí Soplo en el corazón | <input type="checkbox"/> Sí Sangrado profuso | <input type="checkbox"/> Sí Sinusitis |
| <input type="checkbox"/> Sí Parálisis | <input type="checkbox"/> Sí Condición cardíaca congénita | <input type="checkbox"/> Sí Ulceras/Colitis | <input type="checkbox"/> Sí Dolor de Cuello frecuente |
| <input type="checkbox"/> Sí Anemia | <input type="checkbox"/> Sí Cirugía Cardíaca/Marcapasos | <input type="checkbox"/> Sí Asma | <input type="checkbox"/> Sí Problemas de Espalda |
| <input type="checkbox"/> Sí Enfermedad Pulmonar | <input type="checkbox"/> Sí Transfusión | <input type="checkbox"/> Sí SIDA | <input type="checkbox"/> Sí Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Sí Estómago/Ulceras | <input type="checkbox"/> Sí Cáncer | <input type="checkbox"/> Sí VIH | <input type="checkbox"/> Sí Glaucoma |
| <input type="checkbox"/> Sí Presión Arterial | <input type="checkbox"/> Sí Quimioterapia | <input type="checkbox"/> Sí CRS (Complejo Relacionado al SIDA) | <input type="checkbox"/> Sí Implante(s) en hueso o articulación |
| <input type="checkbox"/> Sí ACV _Ataque Cerebro Vascular | <input type="checkbox"/> Sí Artritis | <input type="checkbox"/> Sí Culebrilla (shingles) | |
| <input type="checkbox"/> Sí Ataques nerviosos | <input type="checkbox"/> Sí Abuso de Alcohol/Drogas | <input type="checkbox"/> Sí Problemas Psiquiátricos | |

2. Por favor escriba fecha y tipo de cirugía, o de otra condición médica seria, que usted haya tenido y que no figure en la lista de arriba:

3. Indique cualquier accidente serio que usted haya sufrido (con fechas): _____

4. Por favor indique cualquier tipo de alergia que tenga: _____

5. Indique las enfermedades a las cuáles podría ser propenso debido a herencia familiar: _____

6. ¿Toma usted suplementos o vitaminas? Sí No ¿Hace usted ejercicios/deporte? Sí No _____ horas por semana7. ¿Fuma cigarrillos? Sí No ¿Cuánto fuma? _____ ¿Desde cuándo fuma? _____8. Solo para mujeres: ¿Toma usted anticonceptivos? Sí No ¿Está usted amamantando? Sí No9. ¿Está usted embarazada? Sí No Si es así, ¿cuántas semanas de embarazo/gestación tiene ahora? _____

▲ Le alentamos a que nos haga cualquier pregunta que pueda tener acerca de nuestros servicios. La buena atención médica y de salud se basa en una relación amena y de entendimiento mutuo entre el paciente y el proveedor de los servicios de salud.

▲ Cumplimiento de Normas HIPAA – Nuestra oficina debe operar bajo las normas legales acerca de la Privacidad del Paciente (HIPAA). La Notificación sobre HIPAA explica los deberes y prácticas de privacidad relacionadas a su información médica y de seguro médico. Al firmar este formulario usted reconoce haber leído la Notificación sobre la Privacidad del Paciente. Si usted lo solicita, le podemos proveer una copia de dicha notificación.

▲ Yo autorizo al personal profesional a llevar acabo cualquier servicio que sea necesario de acuerdo al diagnóstico y tratamiento.

▲ Yo comprendo la información previa y garantizo que he completado correctamente los datos en este formulario de acuerdo a mi mejor criterio y comprendo que es mi responsabilidad informar a esta oficina de cualquier cambio acerca de la información aquí contenida.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Testigo: _____ Fecha: _____

Iniciales de persona de nuestro Staff: : _____

8

DATOS LEGALES (si es aplicable)

1. Nombre del Abogado: _____

Nombre del Asistente Legal: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Doctor's Initials: _____

Staff Initials: _____