



# Cuestionario Sobre el Daño Suncoast SpineMed

Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Numero de Hogar #: \_\_\_\_\_ Celular #: \_\_\_\_\_ Trabajo #: \_\_\_\_\_

Dirrección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal : \_\_\_\_\_ Correo Electronico: \_\_\_\_\_

SS#: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Masculino / Femenina

Nombre de Doctor Primario: \_\_\_\_\_ Numero Telefonico de Doctor: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN SOBRE EL ACCIDENTE:** Fecha del Accidente: \_\_\_\_\_ Donde (Calle/Intersección): \_\_\_\_\_

Hubo algún boleto de transito y/o a quien? \_\_\_\_\_

Usted era:  Conductor  Pasajero de Alfrente (Derecha)  Pasajero Trasero (Izquierda)  Pasajero Trasero(Derecha)

El Impacto del Vehiculo vino de:  Alfrente  Trasero  Lado Izquierdo  Lado Derecho

La bolsa de aire se desplego?  Si  No Usted se dio contra algo en el Vehiculo?  Si  No En caso afirmativo, describa:

¿Experimentó dolor inmediato?  Si  No Llegó la ambulancia/paramédicos a la escena?  Si  No

Fuistes tomado(a) al Hospital?  Si  No Usted manejó al Hospital?  Si  No Qué Hospital? \_\_\_\_\_

Se tomaron Radiografías?  Si  No MRI?  Si  No CT?  Si  No Le recetaron medicamentos?  Si  No

¿Está tomando medicamentos?  Si  No En caso afirmativo, por favor nombrar a todos: \_\_\_\_\_

Por favor describa el accidente en sus propias palabras: \_\_\_\_\_

**PRIMERA QUEJA:** \_\_\_\_\_

Fecha en la que los síntomas aparecieron: \_\_\_\_\_ ¿Ha tenido esta condición antes? \_\_\_\_\_

¿Comenzó?: Gradual?  Si  No Repentino?  Si  No ¿Cuanto tiempo ha estado sucediendo? \_\_\_\_\_

Que hace que los síntomas aumenten? \_\_\_\_\_ Que alivia los síntomas? \_\_\_\_\_

Tipo de dolor:  Agudo  Ligero  Dolor  Ardiente  Pulzadas Cuanto tiempo de su día tiene dolor?  10%  25%  50%  100%

Intensidad del Dolor (Círculo): NINGUNO 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 GRAVE

El dolor irradie hacia (Círculo): I D Hombro/Brazo/Mano I D Nalgas/Pierna/Pie No Irradie

**SÍNTOMAS:** Por favor, compruebe si ha tenido alguna de las siguientes ya que este accidente.

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dolor en la espalda baja  | <input type="checkbox"/> Tensión cruzando la parte superior de los Hombros | <input type="checkbox"/> Cansado(a)             |
| <input type="checkbox"/> Dolor entre los Omóplatos | <input type="checkbox"/> Entumecimiento/Hormigueo en Brazos/ Mano          | <input type="checkbox"/> Dificultad para dormir |
| <input type="checkbox"/> Dolor de Cuello           | <input type="checkbox"/> Entumecimiento/Hormigueo en Piernas/Pies          | <input type="checkbox"/> Zumbido en los Oídos   |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para hablar    | <input type="checkbox"/> Mareo   | <input type="checkbox"/> Niebla del cerebro     |
| <input type="checkbox"/> Tensión/Dolores de Cabeza | <input type="checkbox"/> Dolor en las Piernas/Pies/Nalgas                  | <input type="checkbox"/> Náusea                 |
| <input type="checkbox"/> Cambios en la visión      | <input type="checkbox"/> Dolor en las Manos/Brazos/Hombros                 | <input type="checkbox"/> Vomito                 |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para tragar    | <input type="checkbox"/> Dificultad con el equilibrio                      | <input type="checkbox"/> Otro: _____            |

**HISTORIAL DE ACCIDENTES ANTERIOR:** ¿Alguna vez te has involucrado en otro accidente de vehículos de motor?  Si  No

En caso afirmativo, por favor, describa y dar fechas: \_\_\_\_\_



**Solicitud de la Atención al Paciente**

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_/\_\_/\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Occupación: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

Promedio de Numero Horas Por Semana Trabajadas: \_\_\_\_\_

Tipo de Tareas Realizadas/Movimientos Comunes: \_\_\_\_\_

Estado Civil:  Soltero(a)  Casado(a)  Divorciado(a)  Cónyuge  Separado(a)  Menor

Nombre de Esposo(a): \_\_\_\_\_ # de Hijos? \_\_\_\_\_ Edades de Hijos: \_\_\_\_\_

Nombre del Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Numero Telefonico : \_\_\_\_\_

Suncoast Physical Medicine puede discutir mi tratamiento con las siguientes personas: \_\_\_\_\_

ACCIDENTES

Ha tenido un accidente de auto? ("X" si aplica):  0-6mo  6 mo-1yrs  1-3yrs  3+yrs  Nunca

Ha tenido una reciente caída? ("X" si aplica):  0-6mo  6 mo-1 yr  1-3yrs  3+yrs  Nunca

Alguna vez ha recibido atención quiropráctica?  Si  No Última Visita? \_\_\_\_\_

Alguna vez has recibido terapia física?  Si  No Última Visita? \_\_\_\_\_

SEGUROS

Tiene seguro de Salud?  Si  No Nombre de la compañía: \_\_\_\_\_

Tiene seguro secundario?  Si  No Nombre de la compañía: \_\_\_\_\_

**FAVOR DE PROPORCIONAR ESTA OFICINA CON UNA COPIA DE SU TARJETA(S) DE SEGURO**

***Cesión Y Liberación (pacientes asegurados)***

Certifico que yo (o mi dependiente) tengo cobertura de seguro con \_\_\_\_\_ y yo AUTORIZO, SOLICITO Y ASIGNO A MI COMPAÑIA DE SEGURO QUE PÁGE DIRECTAMENTE A LA PRÁCTICA DEL MÉDICO, Suncoast Physical Medicine, LLC. (D.B.A. Suncoast SpineMed), BENEFICIOS DEL SEGURO DE OTRA MANERA PAGADO POR MI. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos sean o no pagado por el seguro. Yo autorizo al doctor a divulgar toda la información necesaria, incluyendo el diagnóstico y los registros de cualquier examen o tratamiento prestado a mí, con el fin de asegurar el pago de beneficios. Autorizo el uso de esta firma en todas las reclamaciones de seguros, incluidas las comunicaciones electrónicas.

**FIRMA (X)** \_\_\_\_\_

**FECHA** \_\_\_\_\_

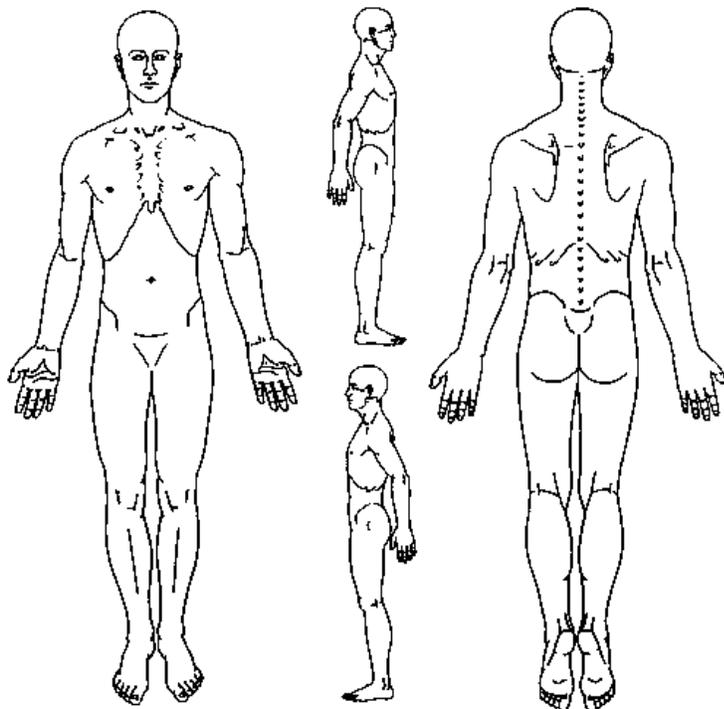
Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

### HISTORIA DE SALUD DEL PACIENTE

Por favor, marque para indicar si actualmente está experimentando cualquiera de las siguientes condiciones y luego un círculo en áreas problemáticas en el cuerpo a la derecha:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dolor de Cuello/Rigidez  | <input type="checkbox"/> Agujas en los Brazos         |
| <input type="checkbox"/> Dolor de Espalda         | <input type="checkbox"/> Agujas en las Piernas        |
| <input type="checkbox"/> Dolor de Mano/Brazo      | <input type="checkbox"/> Luz molesta los Ojos         |
| <input type="checkbox"/> Dolor de Pierna/Rodilla  | <input type="checkbox"/> Cambio de Peso               |
| <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza        | <input type="checkbox"/> Pérdida de la Memoria        |
| <input type="checkbox"/> Dolor de Noche           | <input type="checkbox"/> Náusea                       |
| <input type="checkbox"/> Depresión                | <input type="checkbox"/> Pérdida del gusto            |
| <input type="checkbox"/> Extremidades Frías       | <input type="checkbox"/> Fatiga                       |
| <input type="checkbox"/> Nerviosismo              | <input type="checkbox"/> Dolor en el Pecho            |
| <input type="checkbox"/> Dificultades Durmiendo   | <input type="checkbox"/> Tensión                      |
| <input type="checkbox"/> Problemas Mandíbula      | <input type="checkbox"/> Fiebre                       |
| <input type="checkbox"/> Pérdida del Olfato       | <input type="checkbox"/> Sudores fríos                |
| <input type="checkbox"/> Desmayo                  | <input type="checkbox"/> Estreñimiento/Diarrea        |
| <input type="checkbox"/> Mareo                    | <input type="checkbox"/> Alergias                     |
| <input type="checkbox"/> Problemas Estomacales    | <input type="checkbox"/> Falta de aliento             |
| <input type="checkbox"/> Asma                     | <input type="checkbox"/> Borrosa/Visión doble         |
| <input type="checkbox"/> Articulaciones Inflamada | <input type="checkbox"/> Intestino/Cambios vejiga     |
| <input type="checkbox"/> Cambio de Ánimo          | <input type="checkbox"/> Dificultad para concentrarse |
| <input type="checkbox"/> Problemas del Pie        | <input type="checkbox"/> Pérdida del equilibrio       |



Por favor, compruebe si ha tenido alguna vez cualquiera de los siguientes:

- |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> ADD/ADHD                                | <input type="checkbox"/> Cataratas             | <input type="checkbox"/> Hemorroides                           | <input type="checkbox"/> Paperas                 | <input type="checkbox"/> Intento de Suicidio   |
| <input type="checkbox"/> Sida/VIH                                | <input type="checkbox"/> Dependencia Química   | <input type="checkbox"/> Hepatitis                             | <input type="checkbox"/> Hemorragias nasales     | <input type="checkbox"/> Problemas de tiroides |
| <input type="checkbox"/> Alcoholismo                             | <input type="checkbox"/> Varicela              | <input type="checkbox"/> Hernia                                | <input type="checkbox"/> Osteoporosis            | <input type="checkbox"/> ATM Dolor             |
| <input type="checkbox"/> Vacunas para Alergias                   | <input type="checkbox"/> Problemas de colon    | <input type="checkbox"/> Disco Herniado                        | <input type="checkbox"/> Marcapasos              | <input type="checkbox"/> Amigdalitis           |
| <input type="checkbox"/> Anemia                                  | <input type="checkbox"/> Contactos/Gafas       | <input type="checkbox"/> Herpes                                | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson | <input type="checkbox"/> Temblores             |
| <input type="checkbox"/> Anorexia                                | <input type="checkbox"/> Diabetes              | <input type="checkbox"/> Colesterol Alto                       | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson | <input type="checkbox"/> Tuberculosis          |
| <input type="checkbox"/> Apendicitis                             | <input type="checkbox"/> Piel Seca             | <input type="checkbox"/> Problemas Hormonal/Glándula           | <input type="checkbox"/> Nervio Pellizcado       | <input type="checkbox"/> Tumores               |
| <input type="checkbox"/> Artritis                                | <input type="checkbox"/> Infecciones de Oído   | <input type="checkbox"/> Insomnia                              | <input type="checkbox"/> Neumonía                | <input type="checkbox"/> Fiebre Tifoidea       |
| <input type="checkbox"/> Asma                                    | <input type="checkbox"/> Epilepsia             | <input type="checkbox"/> Problemas Renales                     | <input type="checkbox"/> Polio                   | <input type="checkbox"/> Úlceras               |
| <input type="checkbox"/> Mal Aliento/Mal Sabor                   | <input type="checkbox"/> Fracturas             | <input type="checkbox"/> Enfermedad Hepática                   | <input type="checkbox"/> Problemas de Próstata   | <input type="checkbox"/> Infecciones Vaginales |
| <input type="checkbox"/> Trastorno Sangre                        | <input type="checkbox"/> Vesículas Biliar      | <input type="checkbox"/> Sarampión                             | <input type="checkbox"/> Prótesis                | <input type="checkbox"/> Enfermedades Venéreas |
| <input type="checkbox"/> Presión arterial: Alta o Baja (Círculo) | <input type="checkbox"/> Glaucoma              | <input type="checkbox"/> Menopausia                            | <input type="checkbox"/> Atención Psiquiátrica   | <input type="checkbox"/> Tos Ferina            |
| <input type="checkbox"/> Bola en el Pecho                        | <input type="checkbox"/> Bocio                 | <input type="checkbox"/> Migrañas                              | <input type="checkbox"/> Artritis Reumatoide     | <input type="checkbox"/> Otro: _____           |
| <input type="checkbox"/> Huesos Rotos                            | <input type="checkbox"/> Gonorrea              | <input type="checkbox"/> Aborto Involuntario                   | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática        | _____  |
| <input type="checkbox"/> Bronquitis                              | <input type="checkbox"/> La Gota               | <input type="checkbox"/> Mononucleosis                         | <input type="checkbox"/> Escarlatina             | _____  |
| <input type="checkbox"/> Bulimia                                 | <input type="checkbox"/> Acidez                | <input type="checkbox"/> Llagas en la boca o encías sangrantes | <input type="checkbox"/> Dificultad Sexual       | _____  |
| <input type="checkbox"/> Cáncer                                  | <input type="checkbox"/> Problemas del Corazón | <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple                   | <input type="checkbox"/> Stroke                  |  |

¿Estad usted actualmente en drogas y/o atención médica ?  Si  No Explique: \_\_\_\_\_

Por favor escriba todos los medicamentos que está tomando actualmente: \_\_\_\_\_

Por favor escriba cirugías y hospitalizaciones que ha tenido (tipo y fecha): \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**ALERGIAS: (Por favor, coloque una marca de verificación junto a cualquier alergia conocida que usted tiene.)**

\_\_\_ Leche \_\_\_ Huevos \_\_\_ Cacahuates \_\_\_ Almendras \_\_\_ Anacardos \_\_\_ Pescado \_\_\_ Mariscos \_\_\_ Soy \_\_\_ Trigo  
\_\_\_ Gluten \_\_\_ Penicilina \_\_\_ Medicamentos con Sulfa \_\_\_ Tetraciclina \_\_\_ Codeína \_\_\_ AINES \_\_\_ Fenitoína  
\_\_\_ Carbamazepina \_\_\_ Moho \_\_\_ Molde \_\_\_ Polvo \_\_\_ Hongo \_\_\_ Ácaros \_\_\_ Polen de Árboles \_\_\_ Polen de Gramíneas  
\_\_\_ Polen de Maleza \_\_\_ Insectos \_\_\_ Caspa de Perro \_\_\_ Caspa de Gato \_\_\_ Látex \_\_\_ Otro Animal  
Caspa \_\_\_ OTRO: \_\_\_\_\_ (Por favor, rellene)

Por favor, escriba cualquier suplemento que esté tomando (vitaminas/hierbas/minerales):  
\_\_\_\_\_

Hay algún familiar que tenga algunas de las siguientes condiciones? (Favor de Indicar miembro de la familia)

Enfermedad del Corazón \_\_\_\_\_  Diabetes \_\_\_\_\_  
 Cáncer \_\_\_\_\_  Artritis \_\_\_\_\_  Otro \_\_\_\_\_

Hace ejercicio?:  Frecuente  Moderadamente  Ocasionalmente  Ninguno

Sus actividades laborales implican:  Sentado(a)  Parado(a)  Trabajo Suave  Trabajo Fuerte

Usted duerme:  Espalda  Lado  Estómago      Usted utiliza una almohada cervical?  Si  No

Cuál es su consumo diario/semanal de los siguientes :

Cafeína \_\_\_\_\_ taza/día    Alcohol \_\_\_\_\_ bebidas/semana    Cigarrillos \_\_\_\_\_ paquete/día

**Certifico que las preguntas anteriores fueron respondidas con precisión. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud. Voy a dar la información completa y exacta durante mi examen.**

**Radiografía Cuestionario: Sólo para Mujeres**

Nuestra consulta y examen pueden indicar que los rayos X son necesarios para diagnosticar y analizar su situación con precisión. Si las radiografías fueran necesarias, nos gustaría confirmar que no está embarazada en este momento.

Nombre: \_\_\_\_\_

Existe la posibilidad de que esté embarazada en este momento.

Sí, estoy definitivamente embarazada.

No, definitivamente no estoy embarazada en este momento.

Solicito que rayos X no sean tomado, porque: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fecha de la última menstruación: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

**FIRMA** \_\_\_\_\_

**FECHA** \_\_\_\_\_