



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 _____

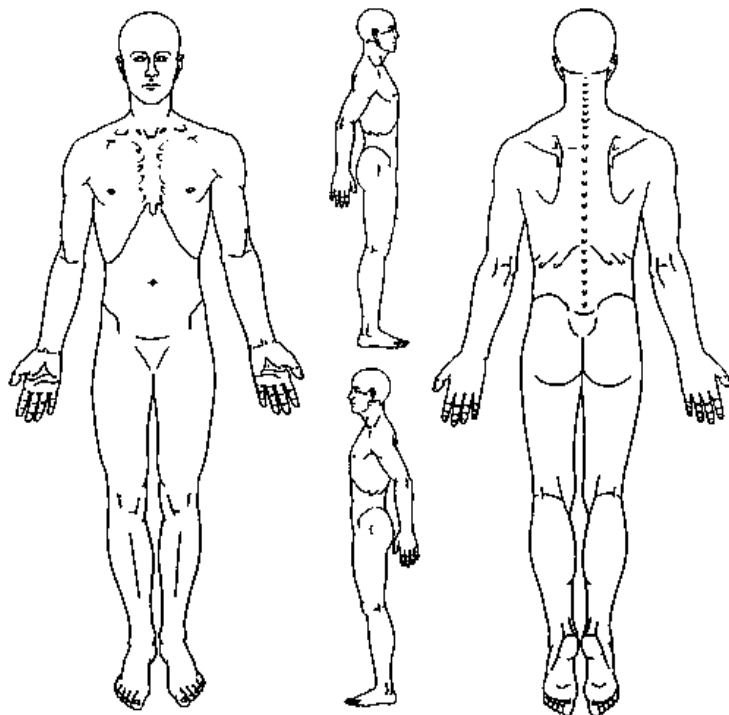
Nombre del Paciente _____

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

¿Éstad 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