

CUESTIONARIO DEL PACIENTE –ACCIDENTE DE TRÁFICO

Nombre del paciente: _____ Fecha de hoy: ____ / ____ / ____

Número de la Seguridad Social (últimos 4 dígitos) _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Edad: ____ Sexo: H M

Dirección actual:

Calle _____

Ciudad _____ Estado _____ Distrito Postal _____

Teléfono (____) _____ Email _____

Estado Civil: Casado/a Separado/a Viudo/a Soltero/a

HISTORIAL MÉDICO

¿Ha visitado nuestra consulta con anterioridad? Si No

Haga una lista de accidentes en el pasado (accidentes de tráfico, laborales, patinazos, caídas accidentes deportivos, etc.) y la fecha en que ocurrieron:

1) _____ / /

2) _____ / /

3) _____ / /

Cirugías/ ingresos en el hospital

Condiciones o enfermedades graves

Alergias (por favor, menciónelas todas)

¿Padece o ha padecido alguna vez de...?

Cardiopatías Diabetes Cáncer Apoplejias /Derrames Presión alta Problemas de tiroides

Tuberculosis Próstata problemas de riñón Asma Úlcera Convulsiones

Otras: _____

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE EL ACCIDENTE

Fecha: ___/___/___ Hora: ___:___ AM PM

Describe cómo tuvo lugar el accidente:

Describe los síntomas y consecuencias del accidente:

Describe el dolor que siente: Ardor Agudo Leve Molesto

¿Qué lo agudiza / empeora?

¿Qué le alivia? _____

¿Ha experimentado estos síntomas alguna vez? Sí NO En caso de respuesta afirmativa, describa las circunstancias y diga cuándo:

Por favor, indique otros centros de salud que haya visitado por este mismo problema, y la fecha de su visita.

Nombre del centro: _____ especialidad del centro: _____ fecha de la visita: ___/___/___

Nombre del centro: _____ especialidad del centro: _____ fecha de la visita: ___/___/___

Ha padecido alguna vez:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> Mareos | <input type="checkbox"/> Pies fríos |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de memoria | <input type="checkbox"/> Falta de coordinación | <input type="checkbox"/> Cosquilleo en las piernas/pies |
| <input type="checkbox"/> Enfriamiento de las manos | <input type="checkbox"/> Problemas de conciliación del sueño | <input type="checkbox"/> Cosquilleo en los brazos / manos |
| <input type="checkbox"/> Estreñimiento | <input type="checkbox"/> Entumecimiento de extremidades | <input type="checkbox"/> Zumbido en los oídos |
| <input type="checkbox"/> Inflamación de los nervios | <input type="checkbox"/> Falta de aire | <input type="checkbox"/> Dolor en los brazos/ manos |
| <input type="checkbox"/> Dolor de mandíbulas | <input type="checkbox"/> Dificultad para tragar | <input type="checkbox"/> Dolor de piernas o los pies |
| <input type="checkbox"/> Tensión | <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho | <input type="checkbox"/> Pérdida de fuerza en las piernas |
| <input type="checkbox"/> Pérdida del olfato | <input type="checkbox"/> Ardor muscular | <input type="checkbox"/> Diarrea |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de la fuerza en los brazos | <input type="checkbox"/> Sonrojamiento | <input type="checkbox"/> Ansiedad |
| <input type="checkbox"/> Sensibilidad a la luz | <input type="checkbox"/> Torticollis | <input type="checkbox"/> Fiebre |
| <input type="checkbox"/> Pesadez en la cabeza | <input type="checkbox"/> Náuseas | <input type="checkbox"/> Insensibilidad en los pies/ piernas |
| <input type="checkbox"/> Fatiga | <input type="checkbox"/> Dolor agudo | <input type="checkbox"/> Dolor en el cuello |
| <input type="checkbox"/> Zumbido en los oídos | <input type="checkbox"/> Dolor de espalda | <input type="checkbox"/> Irritabilidad |

Ha experimentado cambios en:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Los ojos / vista | <input type="checkbox"/> Los oídos / la audición | <input type="checkbox"/> El olfato |
| <input type="checkbox"/> El gusto | <input type="checkbox"/> La vejiga | <input type="checkbox"/> las emociones |

Por favor, explique con más detalle: _____

¿Ha perdido días de escuela o trabajo debido a sus lesiones? SI NO

¿Fuma? SI NO ¿Qué cantidad? _____

¿Consumo alcohol? SI NO ¿Qué cantidad? _____

Otros: _____

INFORMACIÓN ESPECÍFICA SOBRE EL ACCIDENTE DE TRÁFICO

¿Qué papel tuvo Ud. en el accidente? Conductor Pasajero Peatón

Describe el tipo de auto Año: _____ Marca: _____ Modelo: _____

Daños en el auto: Parte delantera Parte trasera Peatón lado del pasajero Parachoques Guardabarros

Describe el otro auto Año: _____ Marca: _____ Modelo: _____

Daños en el otro auto: Parte delantera Parte trasera Peatón lado del pasajero Parachoques Guardabarros

¿Dónde sucedió el accidente? Calle _____ Ciudad _____

¿Era una....? Una intersección controlada Una intersección no controlada no era una intersección.

¿Había un semáforo? No Estaba en rojo Estaba en verde Cambio de sentido Señal de parada

¿Cómo iba Ud.? Iba despacio Estaba en movimiento Estaba parado

¿Qué condiciones atmosféricas había? Soleado Nublado Lluvioso

¿Cómo era la condición de la carretera? Seca mojada Resbaladiza con hielo La acera

Otros: _____

¿Cómo fue el tipo de impacto? Trasero delantero lateral vueltas de campana

¿Cómo accionó los frenos en el impacto? Con firmeza Con suavidad no pisé el freno.

¿Cuánto se desplazó el automóvil? No se desplazó entre 1 y 5 pies Entre 6 y 10 pies Más de 10 pies

¿Qué asiento ocupaba en el vehículo? _____ ¿Llevaba un cinturón? SI NO

¿Cinturón de seguridad? SI NO Reposacabezas SI NO Posición del reposacabezas ARRIBA ABAJO

¿Tiene el coche airbag? SI NO ¿Se accionó el airbag? SI NO

¿Esperaba el impacto? SI NO ¿Se preparó para el impacto? SI NO

Durante el impacto su cabeza.... miraba al frente miraba hacia atrás miraba hacia arriba miraba hacia abajo

miraba a la derecha miraba a la izquierda

Durante el impacto, su cuerpo estaba... echado hacia adelante apoyado en el asiento hacia un lado En otra posición

¿Golpeó su cuerpo contra alguna parte del coche? SI NO Parte del cuerpo: _____

¿Con qué parte del coche se golpeó? _____

¿Se golpeó la cabeza? SI NO ¿Perdió la consciencia? SI NO ¿Por cuánto tiempo? _____

¿Recuerda el accidente? SI NO

¿Necesito hospitalización? SI NO Nombre del hospital _____ Duración de la estancia: _____

¿Fue trasladado en la ambulancia? SI NO

¿Le tomaron radiografías? SI NO ¿De qué zonas? Cuello Parte superior de la espalda

Parte inferior de la espalda Otras zonas

¿Le administraron medicación? SI NO ¿Qué medicamentos le recetaron? _____

¿Otras instrucciones? _____ ¿Seguimiento? _____

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

Por la presente accedo al examen médico y el tratamiento de mi persona o del menor que represento por los doctores licenciados en quiropráctica y/o los asistentes certificados que puedan estar contratados, o relacionados con esta consulta. Se me dará la oportunidad de discutir con el doctor o personal de la clínica la naturaleza y propósito de la terapia física y procedimientos y los tratamientos quiroprácticos (manipulación y ajuste). Por la presente comprendo que ni el quiropráctico ni el tratamiento médico es una ciencia exacta y que mi cuidado puede suponer conjeturas basadas en hechos e información médica. El medico usa estas conjeturas para tratar de anticipar o dar explicación a las complicaciones, y los resultados inesperados e indeseables no necesariamente implican un juicio médico erróneo. Los resultados no son garantizados, pero confío en el medico y elijo y recomiendo el mejor tratamiento, basado en los hechos conocidos, en el interés propio.

Con mi firma, accedo y consiento a cubrir los gastos de los procedimientos recetados para mi condición y para otras condiciones futuras para las que solicite tratamiento.

Firma del paciente/ Tutor: _____ Nombre del paciente _____

Fecha ____/____/____

CONSENTIMIENTO FINAL

Entiendo y acuerdo que la cobertura de los seguros de salud y accidentes son un acuerdo entre la aseguradora y mi persona –no entre la aseguradora y la consulta- Accedo a pagar y asumo mi responsabilidad como paciente. Además entiendo que mi condición de paciente no certifica el pago por parte de mi aseguradora, por lo que en caso de que los gastos de mi tratamiento y consulta no sean cubiertos por mi seguro en un plazo de tiempo reglamentario, el costo total corre de mi cuenta, excepto cuando se haya acordado de otra forma por escrito. Además comprendo y accedo a correr con los gastos ocasionados de la reclamación de la cuenta pendiente a mi nombre si fuera rechazado por la aseguradora, incluyendo, pero no limitándose a costes legales derivados del juicio y asesoramiento legal.

Autorizo a esta consulta a comunicar la información medica relacionada con mi tratamiento a cualquier aseguradora que sea responsable del pago de los gastos y a cualquier abogado que me represente debido a mi estado para llevar a cabo cualquier acción reglamentaria por el impago.

He leído y comprendido, y accedo al acuerdo de todos y cada uno de los puntos anteriores. La información que he facilitado es verdadera y completa, a mi leal saber y entender..

Firma del paciente/ tutor: _____ Fecha: ____/____/____

ACUSE DE RECIBO DE LAS NORMAS DE PRIVACIDAD

DE ACUEDO CON LA LEY DE PORTABILIDAD Y CONTABILIDAD DE SEGUROS DE SALUD, DE 1996 (HIPAA) ACUSO EL RECIBO DE LA COPIA DE LOS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE.

Midtown Chiropractic & Acupuncture me ha facilitado una copia de sus normas de privacidad de acuerdo con la ley de portabilidad y contabilidad de seguros de salud de 1996 (HIPAA), además de una copia de los derechos y responsabilidades del paciente.

Firma del paciente/ tutor: _____ Fecha: ____/____/____



1705 Pacific Drive
Raleigh, NC 27609
Phone: 919-873-2225
Fax: 919-615-3910

www-raleighmidtownchiropractic.com

DIVULGACION DEL HISTORIAL DEL PACIENTE Y GRAVAMEN MÉDICO

BUFFETE DE ABOGADOS / COMPAÑÍA DE SEGUROS

Por la presente autorizo al proveedor médico arriba mencionado a proporcionar al bufete de abogados o aseguradora el historial médico completo- lesiones, pruebas médicas, tratamientos y diagnósticos- relacionado con las lesiones ocurridas el _____

Por la presente concedo derecho de retención en caso de cualquier acuerdo, juicio o veredicto que resulte de la enfermedad o lesiones, y le autorizo a Ud., bufete de abogados / compañía aseguradora a pagar al proveedor médico la suma que se deba por los servicios a mi prestados, y a retener dicha suma del juicio/ acuerdo/ veredicto, en la manera necesaria para proteger a dicho proveedor adecuadamente.

Comprendo que soy completa y directamente responsable del pago de las facturas a mi proveedor por los servicios prestados a mi persona. Este acuerdo se limita única y exclusivamente a modo de protección y seguridad de este proveedor médico en el transcurso del tiempo necesario para que se realice el pago de las facturas. También comprendo que el pago no está supeditado a la resolución del acuerdo, juicio o veredicto por el cabe la posibilidad de que recupere la cantidad a pagar a posteriori.

Accedo a ser responsable de los costes legales y los importes devengados derivados de las acciones llevadas a cabo para el cumplimiento de los pagos. De igual modo comprendo que se aplicará un interés del 1% sobre el importe total por cada mes de servicio.

Firma del paciente _____ fecha _____

El abajo firmante, siendo el abogado del caso o representante legal autorizado de la aseguradora del paciente, acusa el recibo de este documento, y accede a honrar las cláusulas arriba mencionadas y asegurar protección del proveedor médico.

Firma del abogado _____ fecha _____

Por favor, firmen y guarden una copia para su propio registro, y devuelvan el original lo antes posible.



chiropractic & acupuncture

1705 Pacific Drive

Raleigh, NC 27609

Phone: 919-873-2225

Fax: 9191-615-3910

www-raleighmidtownchiropractic.com

AUTORIZACION PARA LA REVELACION DEL HISTORIAL MEDICO

MÉDICO / HOSPITAL _____

DIRECCIÓN _____

Por la presente autorizo y solicito que se comparta mi historial médico (incluyendo una copia de mis radiografías impresas y en formato digital) con :

Midtown Chiropractic & Accupunture

1705 Pacific Drive

Raleigh, NC 27609

Le agradecemos su colaboración por adelantado.

Firma del paciente _____ fecha: _____

Nombre del paciente (escriba en letras de imprenta) _____

Firma del padre o tutor (si el paciente es menor de edad) _____

Testigo de la firma _____