

BERKELEY CHIROPRACTIC CENTER
2902 CENTRAL HEIGHTS RD.
SUITE E
GOLDSBORO, NC 27534
(919) 341-1818

Primer Nombre: _____ Apellido: _____ Inicial de 2^{da} Nombre: _____

Numero de Tel. Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

Direccion Fisica: _____ Ciudad: _____ Estado: _____Codigo Postal: _____

Direccion de Correo (si diferente a fisica): _____

Correo Electronico: _____ fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: Hombre Mujer

Numero de Seguro Social: _____ Estatus Matrimonial: Soltera Casada Divorciada Viuda(o) # de hijos: _____

Nombre de Esposo(a): _____ Ocupacion de Esposo(a): _____

Ocupacion: _____ Nombre de su Empleador: _____ Estatus de Trabajo: Tiempo Completo o Medio
 Estudiante: Tiempo Completo o Medio

No de Licencia _____ Estado: _____ Como fue referido a esta oficina: _____

Contacto de Emergencia: _____ Numero de Telefono: _____

El problemas de hoy es relacionados con: Accidente de auto Compensacion de Trabajador Ninguno

Describe sus condiciones pesando por la mas severa. Usando una escala del 1 al 10 (10 siendo lo mas severo) en que posicion colocarlas tu dolor o problema

1. _____ (____/10) 2. _____ (____/10)
 3. _____ (____/10) 4. _____ (____/10)
 5. _____ (____/10) 6. _____ (____/10)

Cada cuanto tiempo tienes dolor: Constante(75-100% del tiempo) Frecuente (50-75% del tiempo) Ocasional (25-50% del tiempo) Intermittentemente (1-25% del tiempo)

Como describiria el tipo de dolor: Incomoda Rigido Quemante Agudo Polzante con movimiento Dormido Ninguno

Con el tiempo como van cambiando sus sintomas: Empeorando Igual Mejorando

Cuanto a interferido el problema con su trabajo: En lo absoluto Un poco Moderadamente Considerablemente Bastante

Cuanto a interferido el problema con su vida social: En lo absoluto Un poco Moderadamente Considerablemente Bastante

Ha quien mas a acudido por su problema?
 Quiropractico Neurologo Doctor general Cuarto de emergencias Ortopedista Masajista Terapeuta fisico

Otro: _____ Nadie:

Quien? _____ Tratamiento? _____ Resultado? _____

Quien es su Doctor de cabecera: _____

Por cuanto tiempo a tenido este problema: _____

Como cree que comenzo el problema: _____

Considera usted que el problema sea severo: SI SI, a veces NO

Que agrava el problema: _____

Que hace hace que su problema se sienta mejor: _____

Que es lo que mas le preocupa de su problema; que es lo que le impide hacer? _____

Cual es su: Estatura _____ Peso: _____

Como califica su salud en lo general: Excelente Muy buena Regular Pobre

Que tipo de ejercicio realiza? Agitado Moderado Liviano Ninguno

Historia familiar por favor indicar si alguien de su familia a sufrido de algunas de estas enfermedades:
Artritis Reumatoide Diabetes Lupus Tuberculosis Problemas del corazon
Cancer Enfermedades mentales Presion alta Problema de riones Epilepsia
Alergias Artritis

Para cada una de las condiciones en esta lista debajo, ponga una 'X' en la columna "pasado" si a presentado la condicion en el pasado. Si usted presenta una actualmente, ponga una 'X' en la columna "presente"

Table with 6 columns: Pasado, Presente, Pasado, Presente, Pasado, Presente. Rows list various medical conditions such as Dolor de cabeza, Tumor, Hepatitis, etc.

Solo para mujeres: Pasado Presente Pastillas anticonceptivas Pasado Presente Reemplazo hormonal Pasado Presente Embarazo

Table with 3 columns: Que actividades realiza en el trabajo?, Mayor parte del dia, La mitad del dia, Poco tiempo durante el dia. Rows include Sentado, De pie, Trabajo de computadora, EN el telefono, Manejar, Labor manual.

Que actividades realizo fuera del trabajo: _____

Haga una lista de todos los medicamentos con prescripcion medica que esta tomando: _____

Haga una lista de todos los medicamentos sin prescripcion que esta tomando: _____

Haga una lista de todas las cirugias que se le han realizado: _____

Ha sido hospitalizado alguna vez? Si No

Si si por que: _____

Alguna vez a visto a un quiropractico? Si No

Si si puso que si quien: _____

Cuando fue su ultima visita: _____

Ha tenido en el pasado un trauma importante? Si No

Algo mas que le parezca revelante en su visita el dia de hoy? _____

Firma de paciente: _____

Fecha: _____

21. Durante y después del accidente que le sucedió a su auto?
 _____ Continuo hacia delante, _____ Giro, _____ Continuo hacia delante pegando con el auto del frente
 _____ Giro y golpeo un objeto estacionario, _____ Fue golpeado por otro auto
22. Perdió el conocimiento después del accidente? SI NO
23. Como estaba posicionada su cabeza durante el accidente? _____
24. Como estaba posicionado su cuerpo durante el accidente? _____
25. Como estaban posicionados sus pies durante el accidente? _____
26. Su cara golpeo algo durante el accidente? NO SI, por favor describa: _____
27. Sus hombros golpearon algo durante el accidente? NO SI, por favor describa: _____
28. Su cuello golpeo algo durante el accidente? NO SI, por favor describa: _____
29. Su pecho golpeo algo durante el accidente? NO SI, por favor describa: _____
30. Sus caderas golpearon algo durante el accidente? NO SI, por favor describa: _____
31. Sus rodillas golpearon con algo durante el accidente? NO SI, por favor describa: _____
32. Sus pies golpearon con algo durante el accidente? NO SI, por favor describa: _____
33. Que tipo de cabezera tiene su auto? _____ Cabezera movable, _____ Cabezera inmovil, _____ No tiene cabezera
34. Dónde estaba la cabezera posicionada en su cabeza? _____
35. Andaba el cinturón a la hora del accidente? SI, NO
36. Se resbalo fuera del cinturón durante el accidente? SI, NO
37. Que se daño en su auto? (Chequiar todas las que aplican)
 _____ Parabrisas _____ Bumper Tracero _____ Espejo _____ Manivela _____ Bumper delantero _____ El dash
 _____ Cajuela _____ Puerta tracera derecha _____ Marco del asiento _____ Puerta delantera izquierda _____ Completamente destruido
 _____ Ventana de lado _____ puerta delantera derecha _____ Ventana trasera _____ Puerta trasera izquierda
38. Escoja las partes que se undieron para dentro? _____ Alfombra _____ Puerta de lado _____ El dash
39. Escoja las puertas que no abrian por resultado al accidente?
 _____ Delantera izquierda _____ Delantera Derecha _____ Trasera izquierda _____ Trasera derecha
40. Fue al hospital? SI NO
41. Como llego al hospital? _____ Ambulancia _____ Yo maneje _____ Familiar me llevo
42. Nombre del hospital? _____
43. Paso la noche en el hospital? SI NO
44. Recivio algunos de estos tratamientos en el hospital:
 _____ Medicamentos para el dolor _____ Relajante muscular _____ Brasaletes de cuello _____ Puntos _____ MRI
 _____ Exámenes de otor tipo _____ Radiografias _____ Yeso _____ Catscan
45. Recivio puntos por cualquiera cortada en el hospital? _____
46. Fueron tomadas radiografias en el hospital? Si si en que arias del cuerpo fueron tomadas: _____
47. Quien fue el primer doctor que la atendio?
 Nombre: _____
 Fecha: _____
- Exámenes: SI NO
- Radiografias: SI NO _____ De pie _____ Sentada
- Le dieron algun tratamiento? SI NO _____ Medicinas _____ Collarin de cuello o brazo _____ Collarin para espalda
48. Que hace que sus sintomas se sientan mejor? _____
49. Que hace que sus sintomas se sientan peor? _____
50. Como estaban las condiciones de la calle a la hora del accidente: _____ Hielo _____ Lloviendo _____ Mojadas _____ Claras _____ Oscuras _____ Otras
51. Como estaba el día a la hora del accidente? _____ Soliado _____ Nublado _____ Lluvioso _____ Otro
52. Dónde fue el golpe del auto? _____
53. Usava usted lentes o gorra en el momento del accidente: SI NO
 Si si donde estaban después del accidente: _____
54. Sangro durante el accidente: SI NO Si si donde: _____
55. Resivio algun morete durante el accidente: SI NO Si si donde: _____
56. Como resultado del accidente esta usted: _____ Nervioso _____ En shock _____ Con miedo _____ Otro _____
57. Esta embarazada? Si NO Si si cuanto tiempo tiene? _____
58. Tiene representacion de un abogado SI NO
 Si si quien? _____

IRMA DE PACIENTE: _____

FECHA: _____

BEINVENIDOS

A

BERKELEY CHIROPRACTIC CENTER

TIENE USTED

UN

DOCTOR DE MEDICINA GENERAL

O

MEDICO FAMILIAR

SI ___ NO ___