



**D. VISITAS AL HOSPITAL DESPUES DEL ACCIDENTE / LESION**

**3. Si le hicieron tomografías, indique de qué parte del cuerpo.**

- Cabeza
- Cuello
- Otros
- Parte Superior/ Media de la Espalda
- Parte Inferior de la Espalda
- Pecho/Caja Torácica
- Abdomen

**4. Si le tomaron Imágenes de Resonancia Magnética, indique de qué parte del cuerpo.**

- Cabeza
- Cuello
- Otros
- Parte Superior/ Media de la Espalda
- Parte Inferior de la Espalda
- Pecho/Caja Torácica
- Abdomen

**5. ¿Cuál fue el diagnóstico dado en el hospital?**

**a. Cabeza**

- Conmoción
- Contusión
- Fractura de Cráneo
- Otros
- Laceraciones/Heridas

**b. Mandíbula**

- Tensión
- Fractura
- Contusión
- Esguince/Torcedura
- Latigazo
- Otros
- Dislocación
- Laceraciones/Heridas

**c. Cuello**

- Tensión
- Fractura
- Laceraciones/Heridas
- Otros
- Esguince/Torcedura
- Latigazo
- Lesión de los Discos Vertebrales
- Dislocación
- Contusión

**d. Parte Superior/Media de la Espalda**

- Tensión
- Fractura
- Contusión
- Esguince/Torcedura
- Lesión de los Discos Vertebrales
- Otros
- Dislocación
- Laceraciones/Heridas

**e. Parte Inferior de la Espalda**

- Tensión
- Fractura
- Contusión
- Esguince/Torcedura
- Lesión de los Discos Vertebrales
- Otros
- Dislocación
- Laceraciones/Heridas

**f. Pelvis**

- Tensión
- Fractura
- Otros
- Esguince/Torcedura
- Laceraciones/Heridas
- Contusión
- Dislocación

**g. Pecho / Caja Torácica**

- Tensión
- Fractura
- Otros
- Esguince/Torcedura
- Laceraciones/Heridas
- Contusión
- Dislocación

**h. Abdomen**

- Tensión
- Otros
- Laceraciones/Heridas
- Contusión

**i. Hombros**

- Tensión
- Fractura
- Otros
- Esguince/Torcedura
- Laceraciones/Heridas
- Dislocación
- Contusión

**j. Brazos**

- Tensión
- Fractura
- Otros
- Esguince/Torcedura
- Laceraciones/Heridas
- Dislocación
- Contusión

**k. Codos**

- Tensión
- Fractura
- Otros
- Esguince/Torcedura
- Laceraciones/Heridas
- Dislocación
- Contusión

**l. Antebrazos**

- Tensión
- Fractura
- Otros
- Esguince/Torcedura
- Laceraciones/Heridas
- Dislocación
- Contusión

**m. Muñecas**

- Tensión
- Fractura
- Otros
- Esguince/Torcedura
- Laceraciones/Heridas
- Dislocación
- Contusión

**n. Manos / Dedos**

- Tensión
- Fractura
- Otros
- Esguince/Torcedura
- Laceraciones/Heridas
- Dislocación
- Contusión

**o. Glúteos**

- Tensión
- Contusión
- Esguince/Torcedura
- Otros
- Laceraciones/Heridas

**p. Caderas**

- Tensión
- Fractura
- Otros
- Esguince/Torcedura
- Laceraciones/Heridas
- Dislocación
- Contusión

**q. Muslos**

- Tensión
- Fractura
- Otros
- Esguince/Torcedura
- Laceraciones/Heridas
- Dislocación
- Contusión

**r. Rodillas**

- Tensión
- Fractura
- Otros
- Esguince/Torcedura
- Laceraciones/Heridas
- Dislocación
- Contusión

**s. Piernas**

- Tensión
- Fractura
- Otros
- Esguince/Torcedura
- Laceraciones/Heridas
- Dislocación
- Contusión

**t. Tobillos**

- Tensión
- Fractura
- Otros
- Esguince/Torcedura
- Laceraciones/Heridas
- Dislocación
- Contusión

**u. Pies / Dedos**

- Tensión
- Fractura
- Otros
- Esguince/Torcedura
- Laceraciones/Heridas
- Dislocación
- Contusión

**v. Otros**

- Tensión
- Fractura
- Esguince/Torcedura
- Laceraciones/Heridas
- Dislocación
- Contusión

**w. Describa cualquier otro diagnóstico dado:**

**D. VISITAS AL HOSPITAL DESPUES DEL ACCIDENTE / LESION**

**6. ¿Cuál fue el tratamiento administrado en el hospital?**

- Medicamento Oral
- Inyección
- Antisépticos
- Vendajes
- Suturas
- Bolsa de Hielo
- Bolsa de Agua Caliente
- Tabilllas
- Collarín
- Yeso
- Soportes
- Abrazaderas
- Cirugía
- Otros \_\_\_\_\_

**7. ¿Qué instrucciones le dieron cuando fue dado de alta del hospital?**

**a. ¿Le recomendaron ser visto por alguno de los siguientes?**

- Médico General
- Terapeuta Físico
- Cirujano General
- Otros \_\_\_\_\_
- Quiropráctico
- Ortopédico
- Cirujano Plástico
- Neurólogo
- Internista

**b. ¿Cuáles fueron las recomendaciones dadas?**

- Ningún Cuidado Sucesivo
- Reposo
- No Trabajar
- No le Dieron Instrucciones
- Hielo
- Calor
- Otros \_\_\_\_\_
- Observación
- Collarín
- Soportes

**c. ¿Qué medicamentos le prescribieron?**

- Dolor
- Antiinflamatorio
- Otros \_\_\_\_\_
- Antibióticos
- Nerviosismo

**E. DESPUES DEL ACCIDENTE / LESION**

**1. ¿Depués de cuanto tiempo desarrolló síntomas adicionales?**

- Inmediatamente
- Días
- Horas
- Semanas
- Esa Noche
- Al Mes
- Mañana Siguiente
- \_\_\_\_\_

**2. ¿Cuáles fueron los adicionales síntomas desarrollados?**

**a. Cabeza**

- Dolor
- Rigidez
- Entumecimiento
- Hormigueo
- Otros \_\_\_\_\_

**b. Mandíbula**

- Dolor
- Rigidez
- Entumecimiento
- Hormigueo
- Otros \_\_\_\_\_

**c. Cuello**

- Dolor
- Rigidez
- Entumecimiento
- Hormigueo
- Otros \_\_\_\_\_

**d. Parte Superior/Media de la Espalda**

- Dolor
- Rigidez
- Entumecimiento
- Hormigueo
- Otros \_\_\_\_\_

**e. Parte Inferior de la Espalda**

- Dolor
- Rigidez
- Entumecimiento
- Hormigueo
- Otros \_\_\_\_\_

**f. Pelvis**

- Dolor
- Rigidez
- Entumecimiento
- Hormigueo
- Otros \_\_\_\_\_

**g. Pecho / Caja Torácica**

- Dolor
- Rigidez
- Entumecimiento
- Hormigueo
- Otros \_\_\_\_\_

**h. Abdomen**

- Dolor
- Rigidez
- Entumecimiento
- Hormigueo
- Otros \_\_\_\_\_

**i. Hombros**

- Dolor
- Rigidez
- Entumecimiento
- Hormigueo
- Otros \_\_\_\_\_

**j. Brazos**

- Dolor
- Rigidez
- Entumecimiento
- Hormigueo
- Otros \_\_\_\_\_

**k. Codos**

- Dolor
- Rigidez
- Entumecimiento
- Hormigueo
- Otros \_\_\_\_\_

**l. Antebrazos**

- Dolor
- Rigidez
- Entumecimiento
- Hormigueo
- Otros \_\_\_\_\_

**m. Muñecas**

- Dolor
- Rigidez
- Entumecimiento
- Hormigueo
- Otros \_\_\_\_\_

**n. Manos / Dedos**

- Dolor
- Rigidez
- Entumecimiento
- Hormigueo
- Otros \_\_\_\_\_

**o. Glúteos**

- Dolor
- Rigidez
- Entumecimiento
- Hormigueo
- Otros \_\_\_\_\_

**p. Caderas**

- Dolor
- Rigidez
- Entumecimiento
- Hormigueo
- Otros \_\_\_\_\_

**q. Muslos**

- Dolor
- Rigidez
- Entumecimiento
- Hormigueo
- Otros \_\_\_\_\_

**r. Rodillas**

- Dolor
- Rigidez
- Entumecimiento
- Hormigueo
- Otros \_\_\_\_\_

**s. Piernas**

- Dolor
- Rigidez
- Entumecimiento
- Hormigueo
- Otros \_\_\_\_\_

**t. Tobillos**

- Dolor
- Rigidez
- Entumecimiento
- Hormigueo
- Otros \_\_\_\_\_

**u. Pies / Dedos**

- Dolor
- Rigidez
- Entumecimiento
- Hormigueo
- Otros \_\_\_\_\_

**v. Otros**

\_\_\_\_\_

**3. ¿Después del accidente ha sufrido uste de alguno de los siguientes?**

- Visión Borrosa
- Visión Doble
- Visión Reducida
- Dificultad para Oír
- Zumbido
- Dolor en el Pecho
- Dificultad para Respirar
- Palpitaciones
- Estreñimiento
- Diarrea
- Náusea
- Vómitos
- Frecuentes Ganas de Orinar
- Inabilidad de Mantener la Orina
- Dolor al Orinar

**E. DESPUES DEL ACCIDENTE/LESION (Continuación)**

**4. ¿Ha usted experimentado alguno de los siguientes?**

- Ansiedad
- Convulsiones
- Inquietud
- Depresión
- Mareos
- Insomnio
- Cambios de Humor
- Dolores de Cabeza
- Sensibilidad a la Luz
- Nerviosismo
- Desmayos
- Reducción del Apetito
- Mala Memoria
- Pérdida del Equilibrio
- Debilidad
- Tensión
- Cansancio
- Aumento de Peso
- Otros \_\_\_\_\_
- Pérdida de Peso

**5. ¿A quedado usted limitado en alguna las siguientes áreas como resultado del accidente/lesión?**

- Vida Diaria
- Trabajo
- Actividades Recreacionales
- Otros \_\_\_\_\_

**6. ¿Ha faltado al trabajo a consecuencia del accidente/lesión?**

- No he Faltado al Trabajo
- Trabajo Limitado
- Falté desde el \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hasta el \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- Otros \_\_\_\_\_

**7. ¿Se autodiagnosticó usted alguno de los siguientes?**

- Hielo
- Calor
- Reposo en la Cama
- Medicamentos sin Prescripción
- Otros \_\_\_\_\_

**8. ¿Solicitó usted cuidado médico de alguno de los siguientes?**

**a. Médico General**  Nombre: \_\_\_\_\_

Diagnóstico y Tratamiento Recomendado:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**b. Internista**  Nombre: \_\_\_\_\_

Diagnóstico y Tratamiento Recomendado:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**c. Quiropráctico**  Nombre: \_\_\_\_\_

Diagnóstico y Tratamiento Recomendado:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**d. Neurólogo**  Nombre: \_\_\_\_\_

Diagnóstico y Tratamiento Recomendado:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**e. Ortopédico**  Nombre: \_\_\_\_\_

Diagnóstico y Tratamiento Recomendado:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**f. Cirujano General**  Nombre: \_\_\_\_\_

Diagnóstico y Tratamiento Recomendado:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**g. Cirujano Plástico**  Nombre: \_\_\_\_\_

Diagnóstico y Tratamiento Recomendado:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**h. Psicólogo**  Nombre: \_\_\_\_\_

Diagnóstico y Tratamiento Recomendado:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**i. Otros**  Nombre: \_\_\_\_\_  Tipo: \_\_\_\_\_

Diagnóstico y Tratamiento Recomendado:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**9. ¿Se ha hecho usted alguno de los siguientes exámenes?**

- Tomografía
- Imagen de Resonancia Magnética
- Estudios Electrodiagnósticos
- Otros \_\_\_\_\_

**10. ¿Cuál es la razón de su visita de hoy?**

- Sus Quejas Persisten
- Los Síntomas han Empeorado
- Otros \_\_\_\_\_

**F. INFORMACION DEL SEGURO / ABOGADO**

<b>1. ¿Ha contactado usted a algún representante de la compañía de seguro?</b>	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Compañía: _____		
Ajustador: _____		
Nº. De Solicitud _____		

<b>2. ¿Contrató usted a un abogado?</b>	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Abogado: _____		
Dirección: _____		
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____		
Teléfono: _____		

<b>3. ¿Ha usted completado un reporte de accidente / lesión?</b>	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
--	--------------------------	--------------------------

<b>4. ¿Solicitó usted los beneficios de alguna compañía de seguros?</b>	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
---	--------------------------	--------------------------

**Firma del Paciente o Representante Legal:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

