

Cuestionario del Paciente – Otro-Accidente

Nombre del paciente: _____ La fecha de hoy: ____/____/____

Información básica sobre el accidente:

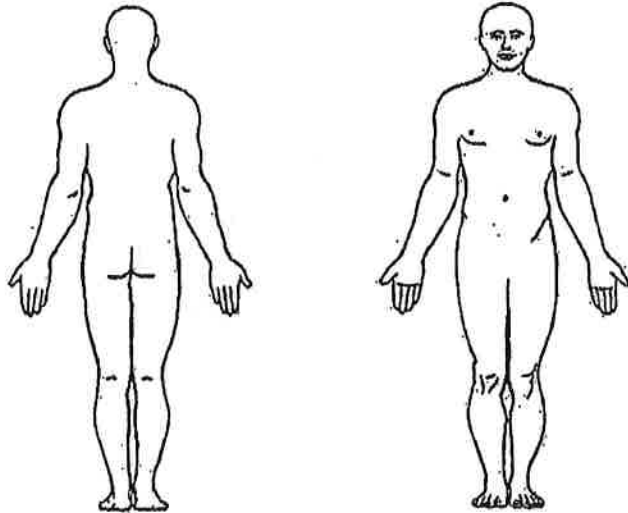
Fecha en que ocurrió o comenzó el accidente: ____/____/____

Hora del día en que ocurrió o comenzó el accidente: ____:____ AM / PM

Describe cómo ocurrió el accidente: _____

Describe la condición o los síntomas causados por el accidente:

Indique en la imagen donde le duele:



Información adicional relacionada con la afección:

Describe su dolor: ☐ Agudo ☐ sordo ☐ punzante ☐ Dolorido ☐ Irradiante ☐ Ardor ☐ Pulsátil ☐ Entumecimiento

¿Cuál fue la causa? _____

¿Qué lo agrava? _____

¿Qué lo alivia? _____

¿Ha tenido el paciente alguna vez la misma condición o síntomas similares antes de este suceso más reciente? ☐ Sí ☐ No

¿Cuándo? ____/____/____

Describir: _____

* Indique cualquier otro proveedor de atención médica/sala de emergencias/centro de atención de urgencia que haya visto por estas afecciones o síntomas:

Nombre

Tipo de médico/sala de emergencias

Fecha de la última visita

____/____/____
____/____/____

¿Ha faltado al trabajo o a la escuela debido a sus lesiones? ☐ SI ☐ No

¿Usted fuma? ☐ SI ☐ No Número de paquetes: _____

¿Bebes alcohol? ☐ SI ☐ No Número de bebidas _____

Notas: _____

Historial Médico:

¿Alguna vez has estado en nuestra oficina? ☐ SI ☐ No

Enumere cualquier accidente anterior (lesiones automovilísticas, lesiones en el trabajo, resbalones, caídas, deportes, etc.) y proporcione la fecha del accidente:

- 1) _____ /____/____
- 2) _____ /____/____
- 3) _____ /____/____

Cirugías/Hospitalizaciones: _____

Alergias (enumere todas): _____

Haga una lista de todos los medicamentos que está tomando actualmente y por qué:

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

X _____
Firma del paciente o representante autorizado Fecha

Fecha