

INFORMACION DEL NUEVO PACIENTE

New Patient Information

Nombre _____ Name		Fecha de Hoy _____ Today's Date	
Fecha de Nacimiento: _____ Date of Birth	Estatura _____ Height	Peso: _____ Weight	lbs. Mano Dominante D I Dominant Hand R L
Domicilio _____ Address		Apt# _____	Ciudad _____ City
Teléfono (Cel) _____ Phone (Cell)		Otro _____ Other	
Correo Electrónico (e-mail) _____		# De Licencia: (License) _____	

Su Aseguranza Médica _____ Your Health Insurance		# de Identificación _____ ID#	
Aseguranza de Su Auto _____ Car Insurance Company			
Agente _____ Agent		Teléfono _____ Phone	
Ajustador de su caso _____ Adjuster's Name		Teléfono _____ Phone	
# de Póliza _____ Policy Number		# del Reclamo _____ Claim Number	
Límite de: Covertura Médica \$ _____ Coverage Limits: MED PAY (Medical Payments)		Motorista No-Asegurado \$ _____ UM – Uninsured Motorist Coverage Limits	
Nombre de Las Oficinas Legales que le Representa _____ Law Firm Representing you			
Domicilio _____ Address		Ciudad _____ City	Zip _____
Nombre de Su Abogado _____ Your Lawyer's Name		Teléfono _____ Phone	

Nombre del Asegurado en Su Carro _____ Name of Insured on your Car Policy		For Office Use Only Patient # _____
Fecha del Accidente _____ Date of Loss/Accident	Primera vez que vió a un doctor después del accid. _____ Date you first saw any doctor after the accident	
Total de todo los cargos de servicios médicos desde el accidente \$ _____ Cost of all medical treatment since the accident		
Total de ingresos que ha dejado de ganar desde el accidente \$ _____ How much income have you lost since the accident?		
Total de lo que costó o costará el arreglo de su carro \$ _____ What is the property damage (repair amount) of your car?		

Nombre de su Médico Personal _____ Name of your personal M.D.		Teléfono _____ Phone	
Domicilio _____ Address		Ciudad _____ City	Zip _____
Nombre de Ambulancia, Hospital, Médicos, Dentistas, Quiroprácticos, etc, despues de su accidente: Write any Ambulance, Hospital, M.D., Dentist, Chiropractor, etc seen since the accident:			

Nombre Name	Teléfono Phone	Total de Cuenta Amount of Bill	For Office Use Only Records Received
_____	_____	\$ _____	_____
_____	_____	\$ _____	_____
_____	_____	\$ _____	_____
_____	_____	\$ _____	_____

Por favor use la parte de atrás para escribir doctores y hospitales adicionales
Please use other side of page to write additional doctors & hospitals

Síntomas (Symptoms)

Paciente (Patient) _____ Fecha (Date) _____ Fecha de Accidente (DOI) _____

☐ Inicial (Initial)

☐ Revisión (Followup)

Por Favor Marque todos los Síntomas que ha sentido recientemente que no sentía antes del accidente.

(Please fill in all symptoms you currently have that you did not have before the accident)

Síntomas Ortopédicos y Musculo-esqueléticos

(Orthopaedic & Musculoskeletal Symptoms)

- ☐ Sonidos Torpes Con Movimiento del Cuello
"Clunk" sound with neck movements
- ☐ Dolor de Cuello (Neck Pain)
- ☐ Dolor de Espalda (Upper Back Pain)
- ☐ Dolor de Cintura (Lower Back Pain)
- ☐ Dolor de Hombro ☐ Izquierdo ☐ Derecho
Shoulder Pain Left Right
- ☐ Dolor de Brazo ☐ Izquierdo ☐ Derecho
Arm Pain
- ☐ Dolor de Codo ☐ Izquierdo ☐ Derecho
Elbow Pain
- ☐ Dolor de Antebrazo ☐ Izquierdo ☐ Derecho
Forearm Pain
- ☐ Dolor de Muñeca ☐ Izquierda ☐ Derecha
Wrist Pain
- ☐ Dolor de Mano ☐ Izquierda ☐ Derecha
Hand Pain
- ☐ Dolor de Cadera ☐ Izquierda ☐ Derecha
Hip Pain
- ☐ Dolor del Muslo ☐ Izquierdo ☐ Derecho
Thigh/Upper Leg
- ☐ Dolor de Rodilla ☐ Izquierda ☐ Derecha
Knee Pain
- ☐ Dolor de Pierna ☐ Izquierda ☐ Derecha
Leg Pain
- ☐ Dolor de Tobillo ☐ Izquierdo ☐ Derecho
Ankle Pain
- ☐ Dolor del Pie ☐ Izquierdo ☐ Derecho
Foot Pain
- ☐ Dolor de la Quijada (Jaw Pain)
- ☐ Tronidos en la Quijada (Clicking in Jaw)
- ☐ Dolor al Masticar (Pain when Chewing)
- ☐ Dolor en la Cara (Face Pain)
- ☐ Dolor en el Pecho (Chest Pain)
- ☐ Dolor de Estomago (Stomach Pain)
- ☐ Moretón en: (Bruises to) _____
- ☐ Raspón/Cortadas en: (Scrapes/Cuts) _____
- ☐ Otros Síntomas (Other Symptoms): _____

Síntomas Neurológicos

(Neurological Symptoms)

- ☐ Entumecimiento en los Brazos / Manos Iz Der
(Numbness in Arms / Hands) (L R)
- ☐ Entumecimiento en las Piernas / Pies Iz Der
(Numbness of Legs / Feet)
- ☐ Hormigueo en los Brazos / Manos Iz Der
(Tingling in Arms / Hands)
- ☐ Hormigueo en las Piernas / Pies Iz Der
(Tingling in Legs / Feet)
- ☐ Debilidad de los Brazos / Manos Iz Der
(Weakness of Arms / Hands)
- ☐ Debilidad de las Piernas / Pies Iz Der
(Weakness of Legs / Feet)

Síntomas Asociados con sus Lastimaduras

(Symptoms Associated with Injuries)

- ☐ Problemas con sus Movimientos
(Range of Motion Problems)
- ☐ Dolores de Cabeza
(Headaches)
- ☐ Espasmos o Tensión Muscular
(Muscle Spasms)
- ☐ Mareos
(Dizziness)
- ☐ Problemas con su Vista
(Visual Disturbances)
- ☐ Interrupción con el Sueño, Mal Dormir
(Sleep Disruption)
- ☐ Dolor que se corre a sus extremidades
(Radiating Pain)
- ☐ Ansiedad
(Anxiety)
- ☐ Depreciación
(Depression)
- ☐ Estoy tomando Medicamentos no de Prescripción.
(I am taking over-the-counter pain medication)

Síntomas (Symptoms)

Paciente (Patient) _____ Fecha (Date) _____ Fecha de Accidente (DOI) _____

☐ Inicial (Initial)

☐ Revisión (Followup)

Por Favor Marque todos los Síntomas que ha sentido recientemente que no sentía antes del accidente.

(Please fill in all symptoms you currently have that you did not have before the accident)

Síntomas Neurológicos/Cerebro/LCLT(Lesión Cerebral Traumática Leve) Brain/Neuropsych/MTBI Symptoms

- | | |
|--|--|
| ☐ Deseos de Estar Solo (<i>Wanting to be Alone</i>) | ☐ Deseos De Dormir (<i>Sleepiness</i>) |
| ☐ Nausea o Vomitos (<i>Nausea/Vomiting</i>) | ☐ Dificultad para Concentrarse
(<i>Difficulty Concentrating</i>) |
| ☐ Soñar Despierto (<i>Daydreaming/ Mindless Staring</i>) | ☐ Agitado (<i>Agitated</i>) |
| ☐ Cambios en su Actitud (<i>Mood Swings</i>) | ☐ Visión Borrosa (<i>Blurred Vision</i>) |
| ☐ Tristeza (<i>Sadness</i>) | ☐ Desorientado (<i>Disoriented</i>) |
| ☐ Ver Doble (<i>Double Vision</i>) | ☐ Dificultad al Hablar (<i>Difficulty Speaking</i>) |
| ☐ Confundido (<i>Confused</i>) | ☐ Problemas con la Atención (<i>Attention Problems</i>) |
| ☐ Sentimiento de Soledad (<i>Feelings of Isolation</i>) | ☐ Pupilas de Diferentes Tamaños
(<i>Pupils Different Sizes</i>) |
| ☐ Cambios con el Apetito (<i>Changes with Appetite</i>) | ☐ Dificultad al Caminar (<i>Difficulty Walking</i>) |
| ☐ Mareos (<i>Dizziness</i>) | ☐ Muy Cansado/a (<i>Very Tired</i>) |
| ☐ Problemas con el Balance (<i>Balance Problems</i>) | ☐ Casi se Duerme Durante el Dia
(<i>Dozing during the day</i>) |
| ☐ Dificultad en Enfocarse/Se Distrae Facilmente
(<i>Difficulty Focusing/Easily distracted</i>) | ☐ Dificultad para Leer (<i>Difficulty Reading</i>)
(<i>Difficulty Remembering Numbers</i>) |
| ☐ Cambio de Personalidad (<i>Personality Change</i>) | ☐ Dificultad Poniendo Atención (<i>Poor Attention</i>) |
| ☐ Dificultad Recordando Números | ☐ Dificultad para Aprender Cosas Nuevas
(<i>Difficulty Learning New Things</i>) |
| ☐ Dificultad para Escribir (<i>Difficulty Writing</i>) | ☐ Dificultad Recordando Cosas
(<i>Difficulty Remembering Things</i>) |
| ☐ Dificultad para Sumar y Restar
(<i>Difficulty Adding/Subtracting</i>) | ☐ Dificultad en hacer Decisiones
(<i>Difficulty Making Decisions</i>) |
| ☐ Dificultad Comprendiendo (<i>Difficulty Understanding</i>) | ☐ Reducción de Confianza en sí Mismo
(<i>Reduced Confidence</i>) |
| ☐ Tener que volver a leer algo para comprenderlo
(<i>Re-reading Things to Understand It</i>) | ☐ Irritable (<i>Irritable</i>) |
| ☐ Ira/Enojo (<i>Anger</i>) | ☐ Cambios en el Sentido del Olfato
(<i>Changes in sense of smell</i>) |
| ☐ Cambios en el funcionamiento sexual
(<i>Changes in Sexual Functioning</i>) | ☐ Frustración (<i>Frustration</i>) |
| ☐ Sentimientos de Desamparo (<i>Helplessness</i>) | ☐ Impaciencia (<i>Impatience</i>) |
| ☐ Apatía (No me importa) (<i>Apathy-Don't Care</i>) | ☐ Dificultades en Planear o de Organizar
(<i>Difficulty Planning or Organizing</i>) |
| ☐ Cambios en el Sentido de Sabor
(<i>Changes in Sense of Taste</i>) | |
| ☐ Memorias Recurrente del Accidente
(<i>Flashbacks to Accident</i>) | |
| ☐ Problemas al Oír (<i>Hearing Problems</i>) | |
| ☐ Dificultad en Coordinación Manual
(<i>Difficulty with Hand Coordination</i>) | |