

INFORMACION DE SALUD CONFIDENCIAL

Pro Health & Rehab

Fecha de Hoy: _____

Chart Number: _____

Información Personal

Nombre: _____ Apellido: _____

Dirección: _____ Apt: _____

Ciudad: _____ Estado _____ Código Postal: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Teléfono de Casa: () _____ - _____ Numero de Seguro Social: _____

Teléfono de Celular: () _____ - _____ Genero: Masculino Femenino

Teléfono Adicional: () _____ - _____ Estado Civil: Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a)

Correo Electrónico: _____ Separado(a) Viudo(a)

Nombre de su Cónyuge: _____ Edad de su(s) hijo(s): _____

Quien lo Refirió? Letrero del Edificio Paginas Amarillas Medico Primario Seguro Abogado Internet
 Familia/Amigo _____

Empleador

Nombre del Empleador: _____ Ocupación: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de Trabajo: () _____ - _____ Numero de Fax: () _____ - _____

Contacto en caso de Emergencia:

Nombre: _____ Relación: _____ Numero de Teléfono: () _____ - _____

Modo de Pago? Yo Pagar Seguro Medico Medicare
 Seguro de Auto Worker's Comp Otro: _____

Nombre del Seguro: _____

Quien es el portador encargado de la póliza?

Health ID Card No: _____

Si mismo Cónyuge Padres

Group No: _____

Nombre de Persona Asegurada: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Medico Primario: _____

Tel del Medico Primario: () _____ - _____

Accidente de Auto (Información del Seguro de Auto)

Fecha del Accidente: _____ Donde Ocurrió el Accidente? _____

Donde estabas en el Auto: Conductor Pasajero delantero Pasajero trasero

Nombre de Su Seguro: _____ Numero de Reclamo _____

Nombre de Seguro del Otro Carro: _____ Numero de Reclamo _____

Tiene Abogado? Si No Nombre de Abogado: _____

La información que presento es verdadera. Autorizo que los beneficios de mi seguro sean pagados directamente ProHealth & Rehab. Entiendo que soy económicamente responsable por cualquier balance. También autorizo a ProHealth & Rehab o la Compañía de seguros a facilitar cualquier información requerida para procesar mis cuentas.

X _____
Firma del Paciente/Guardian

Fecha

HISTORIA CLINICA

Nombre: _____ Fecha: _____

Accidente Carro. Accidente Trabajo D.O.A: _____

QUEJA PRINCIPAL

Localización Dolor: Cabeza Cuello Mitad espalda Cintura Pecho Costillas Hombro Der. Hombro Izq.
 Mano / Muñeca Der. Mano / Muñeca Izq. Rodilla Der. Rodilla Izq. Tobillo / Pie Der. Tobillo / Pie Izq.
 Abdomen. Mandíbula Der. Mandíbula Izq.

Explique: _____

Frecuencia: Constante. Ocasional. Intermitente Frecuente.

Progresión del Dolor: Igual Empeorando Mejorando Fluctuando

Característica: Molestia Agudo Quema Sordo Pulsátil. Cuchillo Espasmo Irradia Pierna / Brazo

Severidad: Escala de Dolor: Marque con una X el número que corresponda a tu dolor

Sin Dolor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Dolor Intenso
	-----Leve-----			-----Moderado-----				-----Severo-----				

Síntomas Adicionales Mareo Nausea Ansiedad Perdida Olfato Irritabilidad Depresión Confusión
 Dolor detrás de ojos Dificultad Respiratoria Dificultad al Dormir Perdida Sabor Visión Borrosa Concentración
dificultosa Ruidos en Oídos Adormecimiento de Brazos Der o Izq. ? Adormecimiento de Piernas Der o Izq.?

HISTORIA FAMILIAR

Marque con una X si alguno de sus familiares (padres, hermanos, tíos, etc.) sufre o sufrió de:

Cancer	<input type="checkbox"/>	Epilepsia	<input type="checkbox"/>	Arthritis	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Riñones	<input type="checkbox"/>
Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	Demencia	<input type="checkbox"/>	Hemophilia	<input type="checkbox"/>	Hypertension	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	Gota	<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Corazón	<input type="checkbox"/>

HISTORIA PERSONAL

Cirugías : (Describa) _____

Hospitalización: (Describa) _____

Medicamentos que está tomando : _____

Accidente carro: Si No Cuando?: _____

Alergias: Yes No Fuma?: Si No Ocasionalmente Frecuentemente

¿Toma bebidas alcohólicas? Si No Ocasionalmente Frecuentemente

GENERAL

Marque el mas apropiado

	<u>Pasado</u>	<u>Presente</u>		<u>Pasado</u>	<u>Presente</u>
Dolor de Cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Accidente Trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemofilia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Venerea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas siquiaticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bulimia / Anorexia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad Tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dependencia a las Drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mareo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	<u>Past</u>	<u>Presente</u>		<u>Pasado</u>	<u>Presente</u>		<u>Past</u>	<u>Present</u>		<u>Pasado</u>	<u>Present</u>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gota	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vitamins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PIEL

Psoriasis Eczema Dermatitis Herpes

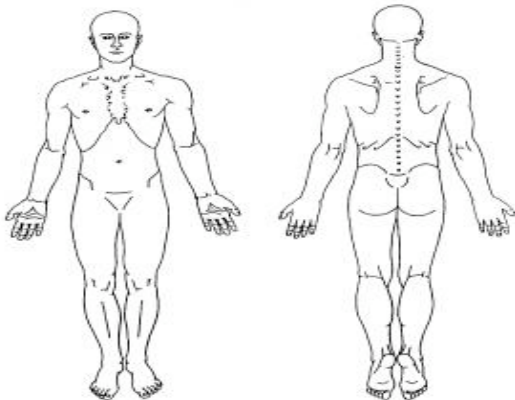
HISTORIA CLINICA

EENT	<u>Past</u>	<u>Present</u>		<u>Past</u>	<u>Present</u>		<u>Past</u>	<u>Present</u>
Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas visuales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cataratas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ruido Oidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sinusitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conjuntivitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Perdida Audicion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sangrado Nariz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rinitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tos Persistente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ronquera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	<u>Past</u>	<u>Present</u>		<u>Past</u>	<u>Present</u>
CARDIOVASCULAR - RESPIRATORIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	GASTROINTESTINAL - G / U	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypertension Arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad del Hgado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor en el Pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ulcera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infarto Cardiaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Perdiada del Apetito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad Corazon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Flatulencia (Gas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiebre Reumatica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vomito, Nausea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soplo Corazon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor Abdominal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinchazon en tobillos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Calculos biliares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultad al respirar /caminar / dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hemorroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tos Cronica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Constipacion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Expectorando Flema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hernia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escupiendo Sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ictericia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neumonia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Calculos Renales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bronquitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infeccion Urinaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Sangre en la Orina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Dificultad al Orinar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

REPRODUCTIVO	<u>Past</u>	<u>Present</u>	SISTEMA NERVIOSO Y MUSCULOSKELETAL	<u>Past</u>	<u>Present</u>
Embarazada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor en la Cintura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menstruaciones Irregulares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor en el Cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Test de Papanicolaou Anormal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor entre las Escapulas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de la Prostata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor en los Brazos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor en Testiculo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor en la Pierna - Ciatica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Marque una X en los lugares del dolor



Espasmos musculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pérdida de fuerza en Manos y/o Piernas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adormecimiento de Brazos y/o Piernas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perdida de sensibilidad de Brazos y/o Piernas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hernia de Disco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scoliosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fracturas / desgarros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pierna mas corta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Previous Sintomas

- No he tenido síntomas similares a mi condición actual
 - He tendido estos síntomas antes pero no me molestaban
 - Los síntomas anteriores existían, pero se agravaron
- Mis síntomas más recientes ocurrieron: _____ meses atrás
 _____ años atrás o en Fecha: ____/____/____

Firma: _____

Fecha: _____

Descripción del Accidente Automovilístico

Fecha del Accidente: _____ Hora del Accidente: _____ Ciudad donde ocurrió: _____

1. Clase de vehículo

Carro Station Wagon Chofer Pasajero adelante
 Van Pickup truck Pasajero atrás (lado izquierdo)
 Camión grande Bus Pasajero atrás (lado derecho)
Modelo y año de su Carro: _____

2. Su posición en el vehículo

3. ¿Que estaba haciendo su carro en el momento del accidente?

Parado en intersección Parado en tráfico Parado en la luz
 Volteando a la derecha Girando a la izquierda Parqueado
 En movimiento Disminuyendo velocidad Acelerando
Modelo y año del otro Carro: _____

4. Velocidad /Daño

Velocidad de su carro: _____mph
Velocidad del otro carro :_____mph

5. Detalles del Accidente

Visibilidad lugar accidente.
 Pobre Aceptable Buena

6. Condiciones de la carretera

Condiciones de la vía al momento del accidente
 Hielo Mojada Arenosa Oscura Limpia y seca

Daño de su vehículo

Leve Moderado Total

Daño del otro vehículo

Leve Moderado Total

Quien golpeo a Quien / Que?

Usted golpeo al otro vehículo
 El otro vehículo lo golpeo
 Usted golpeo _____

Sitio de impacto

De frente Adelante a la Izq. Adelante a la Der.
 Atrás (bumper) Atrás a la Izq. Atrás a la Der.
 Puerta chofer Puerta Der. _____

7. Posición de su cuerpo, etc.

¿Se dio cuenta del accidente? **Si** **No**
¿Se preparo para el impacto? **Si** **No**
¿Tenía puesto el cinturón? **Si** **No**
¿Tenía puesto el cinturón del hombro? **Si** **No**

¿Su vehículo tiene recostador de cabeza? **Si** **No**

Cual era la posición de su cabecera al momento del impacto?

Nivel alto de cabeza Nivel bajo de cabeza Mitad del cuello

En que posición estaba su cabeza al momento del impacto?

Mirando al frente Volteada a la derecha
 Volteada a la izquierda Mirando hacia abajo

8. Información adicional del accidente / Otros vehículos involucrados en el accidente

9. Durante el accidente:

¿Su cuerpo golpeo el interior de su vehículo? **Si** **No**
Describa: _____
¿Perdió el conocimiento? **Si** **No** Tiempo: _____
¿Las bolsas de aire salieron? **Si** **No**
¿Cuáles?: Chofer Pasajero Puertas
¿Su asiento se rompió? **Si** **No**
Que Objetos se soltaron Gafas Celular Comida
al interior del carro? Nada Otros: _____
¿Se presento la policía en el lugar? **Si** **No**
¿La policía hizo un reporte del accidente? **Si** **No**
¿A quién culpo la policía del accidente? **Usted** **Otro**

10. Después del accidente:

Síntomas que experimento después del accidente:

1- Dolor en: Cabeza Cuello Mitad Espalda Cintura Pecho
 Costillas Hombro Der. Hombro Izq. Mano Der. Mano Izq.
 Rodilla Der. Rodilla Izq. Tobillo / Pie Der. Tobillo / Pie Izq.
 Abdomen. Mandíbula Otro _____
2- Síntomas Adicionales: Mareo Nausea Ansiedad
 Perdida de olor Irritabilidad Depresión Diarrea
 Dolor de ojos Dificultad al respirar Dificultad al dormir
 Perdida del sabor Visión Borrosa Desconcentración
 Ruidos oídos Confusión Adormecimiento brazos / piernas
Otros: _____ ¿Cuál? _____

11. Hospital / Sala de emergencia?

¿A dónde fue después del accidente?

Casa Trabajo Emergencia ER. Medico particular

¿Como llego allí?

Uste mismo manejo Otra persona Ambulancia Policía

¿Tomaron X-Rays? **Si** **No** Examen sangre? **Si** **No**

¿Áreas del cuerpo radiografiadas? _____

¿Qué examen de sangre? _____

Las Radiografías mostraron: _____

Tratamientos: Collar cervical Hielo Otro: _____

Medicamentos: _____

¿Qué instrucciones le dieron? _____

12. Tratamiento:

Escriba nombre doctores que lo han visto:

1. Dr. _____ Fecha 1ra visita: ___/___/___

Especialidad: _____ Radiografías? **Si** **No**

Tratamiento recibido: _____

Cuantos tratamientos recibió? _____ Está en tratamiento **Si** **No**

El tratamiento le ayudo? **Si** **No**

Fecha de la última visita: ___/___/___

2. Dr. _____ Fecha 1ra visita: ___/___/___

Tratamiento recibido: _____

Cuantos tratamientos recibió? _____ Está en tratamiento **Si** **No**

El tratamiento le ayudo? **Si** **No**

Fecha de la última visita: ___/___/___

Firma: _____

Date _____