

CONDICIÓN DEL PACIENTE

¿Perdió la conciencia de inmediato después del accidente? Sí No. En su caso, ¿cuánto tiempo?

Describa cómo se sintió inmediatamente después del accidente:

TRATAMIENTO

¿Fue al hospital? Sí No

¿Cuándo fue? Inmediatamente después del accidente Siguiendo día 2 días o más después del accidente

¿Cómo llegó al hospital? Ambulancia Transporte privado

Nombre del hospital _____ Nombre del médico _____

Diagnóstico _____

Tratamiento recibido _____

Rayos X tomados _____

SÍNTOMAS/LESIONES

¿Ha podido hablar desde el accidente? Sí No. ¿Cuántos días se ha ausentado? _____

¿Antes de la lesión podía trabajar al mismo nivel que otras personas de su edad? Sí No

Si ha tenido alguno de los siguientes síntomas desde el accidente, márkelos :

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dolor en brazo/hombro | <input type="checkbox"/> Insensibilidad en pies/dedos de los pies | <input type="checkbox"/> Dolor en el cuello |
| <input type="checkbox"/> Dolor de espalda | <input type="checkbox"/> Insensibilidad en manos/dedos | <input type="checkbox"/> Rigidez en el cuello |
| <input type="checkbox"/> Rigidez en la espalda | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Falta de aliento |
| <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho | <input type="checkbox"/> Irritabilidad | <input type="checkbox"/> Dificultad para dormir |
| <input type="checkbox"/> Mareos | <input type="checkbox"/> Problemas en mandíbula | <input type="checkbox"/> Malestar estomacal |
| <input type="checkbox"/> Zumbido en oídos | <input type="checkbox"/> Dolor de pierna | <input type="checkbox"/> Tensión |
| <input type="checkbox"/> Tinnitus | <input type="checkbox"/> Pérdida de la memoria | <input type="checkbox"/> Visión borrosa |
| <input type="checkbox"/> Fatiga | <input type="checkbox"/> Náuseas | |

¿Esta condición empeora progresivamente? Sí No No se sabe.

Marque con una X en la imagen donde tiene el dolor, insensibilidad u hormigueo.

Califique la gravedad del dolor en una escala del 1 (menos dolor) a 10 (dolor severo) _____

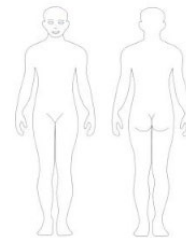
Tipo de dolor: Agudo Leve Palpitante Insensibilidad
 Sordo Punzante Ardiente Cosquilleo
 Calambres Rigidez Hinchazón Otro _____

¿Con qué frecuencia tiene este dolor?

¿Es constante o va y viene?

¿Interfiere con su: Trabajo Sueño Rutina diaria Recreación

Movimientos que producen dolor: Estar sentado Estar de pie Caminar
 Agacharse Recostarse



A mi total saber y entender, la información mostrada arriba es correcta y completa. Entiendo que es mi responsabilidad informar al médico si yo, o mi hijo menor, tenemos cambios en la salud.

Firma del paciente, padre, tutor o representante

Fecha

Firma del paciente, padre, tutor o representante

Parentesco con el paciente