

INFORMACION DEMOGRAFICA

Nombre _____ Fecha _____
Fecha de Nacimiento _____ Correo Electrónico _____
Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____
Teléfono-Casa _____ Teléfono-Celular _____
Sexo: Masculino Femenino Grupo Etnico _____
Mano Dominante: Derecha Izquierda
Altura _____ Peso Actual _____ Peso Antes del Accidente _____
Eres: Casado Soltero Vuelto a Casar Divorciado Separado Viudo/a
Contacto de Emergencia (Nombre) _____ Relación _____
Contacto de Emergencia (Telefono) _____
Compañía de Seguro _____ # de Reclamo _____
Nombre de Abogado _____ # de Teléfono _____
Nombre de Tu Dr. Primario _____ # de Teléfono _____
Puesto en el trabajo _____ Tiempo Completo Medio Tiempo
Descripción del Trabajo _____
¿Cuanto tiempo has trabajado para esta compañía? _____
¿Que son tus actividades y requerimientos de tu trabajo? _____

Anota tu ocupación, nombre de compañía, tiempo completo o medio tiempo y tiempo trabajado para esta compañía al momento del accidente (solamente si es diferente a lo mencionado arriba):

Anota los motivos para dejar ese trabajo _____

¿Si no estas trabajando, que fue la fecha en que dejaste de trabajar? _____

¿Si no estas trabajando, que te detiene para regresar a trabajar? _____

Si estas actualmente desabilitado, anota porque condicion: _____

Nivel Educativo: Entrenamiento Trabajo Diploma de Preparatoria Vocacional/Tecnica
 Creditos de Colegio Titulo Universitario Maistria Doctorado

¿Si estabas en la escuela cuando paso el accidente, cual escuela? _____

¿En que año escolar estabas cuando paso el accidente? _____

¿Que titulo estabas cursando? _____

Eras esudiante de Tiempo Completo Medio Tiempo

¿Ha cambiado algo en tus estudios desde el accidente? _____

Salud Actual

¿En General, que ha cambiado en ti o en tu vida desde el accidente que no te gusta?

Observaciones De Otros

¿Alguien mas notó cambios en ti desde el accidente (tales como estado de animo, irritabilidad, personalidad, deseos de hacer cosas, habilidad de disfrutar cosas que acostumbrabas, habilidad de pensar o actura rapido, problemas haciendo desiciones, dificultad de consentracion o mantenerte enfocado, olvidadiso, más nervioso, etc.)?

Sí No ¿De ser Sí, que te dijo y quien te lo dijo?

Descripción del Dolor y Sintoma

Lugar del Dolor/Dolor/Tension/Adolorido/Ardor/Adormecimiento/Hormigueo:

*Sea lo mas preciso posible describiendo el area y tipo de problema (por ejemplo, dolor cuello lado izquierdo, dolor nalga derecha, dolor punzante espalda baja hasta el pie lado derecho, pulgar izquierdo/derecho y dedo indice adormecido y hormigueo, etc.)

1) _____ 2) _____

3) _____ 4) _____

5) _____ 6) _____

Cual de estos es más molesto ahora? _____

¿Has tenido algunos problemas con tu quijada (TMJ) en alguno de los lados o con abrir la boca grande desde la lesión? Sí No

De ser Sí, describe los síntomas: _____

¿Has experimentado algo de lo siguiente en conección con tus síntomas?

- Adormesimiento del area pelvica que tocaria el asiento de una bicicleta
- Debilidad Mas dolor en la noche Fiebre/Escalofrios
- Dolor que no es afectado por movimiento o posición Perdida del control de la vejiga
- Perdida del control de evacuación Sangre en escremento u orina
- Perdida de peso inexplicable (anote cuantas libras en cuanto tiempo)? _____

Descripcion

Peor Sintoma: _____

- Pulzante Punzante Agudo Casitgador/Cruel
- Adolorido Pesado Sensible Apretado/Tenso
- Caliente/Ardor Repugnante Preocupante Agotador /Exhausto
- Afilado Acalambrado Adormecido Hormigueo
- Otro _____

Intensidad del Peor Síntoma. Califique este síntoma en en una escala de 0 (no dolor) a 10 (un 10 significa es imposible soportar sin tratamiento urgente; no puedes simplemente aguantarte o ignorarlo, y no puedes permanecer funcional).

Lo peor que estuvo la semana pasada:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nada	Leve		Moderado			Severo		El peor dolor posible		

Lo mejor que Estuvo la semana pasada:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nada	Leve		Moderado			Severo		El peor dolor posible		

Intensidad promedio del dolor durante la semana pasada:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nada	Leve		Moderado			Severo		El peor dolor posible		

¿Cuanto dura el sintoma cuando se presenta?

- Constantemente (Todo el tiempo que estoy despierto)
- Hasta que tomo medicamento para el dolor (El dolor se va completamente dentro de una hora de haber tomado el medicamento)
- ____ Minutos al dia_
- ____ Horas al dia
- Otro (describe) _____

¿Que tan frecuente ocurre el sintoma?

- Constantemente
- Varias veces al día
- Una vez al día
- ____Dias por semana
- ____ Dias por mes

¿Que empeora el síntoma? (checa todos los que aplican)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Agachandote | <input type="checkbox"/> Orinando | <input type="checkbox"/> Tosiendo/Estornudando |
| <input type="checkbox"/> Levantando cosas | <input type="checkbox"/> Estirando | <input type="checkbox"/> Cuando riges |
| <input type="checkbox"/> Despues de una actividad | <input type="checkbox"/> Fatigado/Cansado | <input type="checkbox"/> Acostado |
| <input type="checkbox"/> Ejercicio leve | <input type="checkbox"/> Descansando | <input type="checkbox"/> Estrés/Precion/Anciedad |
| <input type="checkbox"/> Trabajando mas de _____ minutos o _____ horas | | |
| <input type="checkbox"/> Estar pie mas de _____ minutos o _____ horas | | |
| <input type="checkbox"/> Estar sentado mas de _____ minutos o _____ horas | | |

Caminando mas de _____ minutos o _____ horas
Cuando el clima esta _____
Otro _____
Otro _____

Otros Sintomas

Checa la casilla enseguida de algunos de los sintomas que estas todavia sintiendo:

- Olvidadiso
- Problemas de enfoque
- Dificultad de concentracion o enfoque
- Dificultad para expresar tus pensamientos tan rapido o facil como normalmente lo hacias
- Dificultad para entender cosas que lees tan rapido como normalmente lo hacias
- Pensamiento lento
- Problemas para tomar decisions o dudar de ti mismo mas de lo normal
- Aumento de irritabilidad
- Disminucion del deseo de estar o reunirte con otras personas
- Sensibilidad a la luz (no solamente cuando tienes dolor de cabeza)

Si tienes **dolor de cabeza**, checa todo lo siguiente que aplique al dolor de cabeza :

- Nunca tuve dolor de cabeza antes del accidente
- Habia tenido dolor de cabeza por _____ meses años
- Ocurre diario Ocurre 4-6x/semana Ocurre 2-3x/semana
- Son constantes Me dura varios dias Me dura todo un dia
- Me dura varias horas Me dura menos de una hora
- En toda mi cabeza Solamente un lado Detras de mi cabeza
- En la frente y sienes Detras de los ojos
- Son sensibles a la luz Sensibles al sonido Me provoca nauseas
- Emperora con la actividad No se cuando van empezar

¿Como describes los efectos del dolor a tu personalidad?

- Ninguno: Normal, sin efecto, alerta, alegre, buena relacion
- Ligeramente: Ligeramente molesto, irritable, desagradable, geniudo, quejumbroso
- Moderado: Moderadamente molesto, discontento, ancioso, muy geniudo
- Severo: Severamente molesto, muy deprimido, amargado, desesperado, reservado
- Muy severo: Totalmente incapacitado, en panico, severamente reservado, evitar a todos

Dormir

¿Cuantas horas duerma cada noche ahora? _____ ¿Y antes del accidente? _____
¿A que hora te acuesta a dormir? _____ ¿Y antes del accidente? _____
¿A que hora te despiertas? _____ ¿Y antes del accidente? _____
¿Cuantas veces te despiertas en la noche? _____ ¿Y antes del accidente? _____

- ¿Es más difícil quedarte dormido ahora que antes del accidente? Sí No
- ¿Al despertar por la noche, es más difícil quedarte dormido ahora? Sí No
- ¿Te sientes descansado cuando despiertas en la mañana? Sí No
- ¿Tienes sueño excesivo durante el día? Sí No
- ¿Estás excesivamente fatigado durante el día ahora? Sí No

- ¿Alguien le ha dicho que ronca (o tu te das cuenta) durante la noche? Sí No
- ¿Si has tenido un estudio de sueño, que fueron los resultados? _____
- ¿Usas una maquina CPAP? Sí No ¿Le ayuda para dormir? Sí No
- ¿Usas un aparato oral por la noche? Sí No ¿Le ayuda para dormir? Sí No
- ¿Te mantienen despierto pensamientos de preocupación, nervios, o ansiedad? Sí No
- ¿Tienes pesadillas frecuentes? Sí No Son sobre el accidente? Sí No
- ¿Sientes el corazón acelerado (latido rapido) o latido fuerte durante la noche? Sí No
- ¿Cuantas veces por semana te mantiene el dolor sin poder quedarte dormido o volver a quedarte dormido? _____
- ¿Cuantas veces por semana te despierta el dolor por la noche? _____

Uso de Sustancias

- ¿Cuantas bebidas alcohólicas tomas durante la semana? _____ Y antes del accidente? _____
- ¿Si la cantidad cambió del antes y despues del accidente, explica porque? _____
-
- ¿Has tenido problemas con el alcohol en el pasado? No Sí
- ¿Cosumes alguna droga recreacional? No Sí ¿Cuales? _____
- ¿Has sido tratado por problemas de abuso de sustancias en el pasado? No Sí
- ¿Cuando? _____ ¿Que sustancia(s)? _____
- ¿Fumas? No Sí ¿Cuanto? _____ cajetillas por día
- ¿Si el numero de cigarros fumados por día cambió despues del accidente, explica porque? _____
-
- ¿Si dejaste de fumar, cuanto tiempo a pasado desde que lo dejaste? _____

Aprendizaje

- ¿Has tenido algun problema con el aprendizaje durante tu vida? Ninguno
- Concentracion / Atencion Dificultades de memoria
- Discapacidad de aprendizaje Deficits intelectuales
- Dificultades de lectura Diagnostico de Déficit de Atención (ADD/ADHD)
- ¿Necesitaste alguna ves asistencia en la escuela para aprender? No Sí ¿Porque? _____
- ¿Que fue tu promedio general en la Preparatoria _____, y en la Universidad _____?
- ¿Que es tu habilidad en la lectura? Puedo leer Leo con dificultad
- No puedo leer Ingles como segundo idioma
- ¿Como aprendes mejor? Viendo Escuchando Leyendo Haciendo Combinado

Salud Anterior al Accidente

¿Que tú hacias para divertirte y que tan seguido? _____

¿Que tipo de actividades hacias con tu familia y amistades, y que tan seguido? _____

¿Que hacias en un día típico? _____

Quejas y lastimaduras antes del Accidente

¿Tenias quejas físicas (e.g. dolor) antes del accidente (ese día)? Sí No

¿De ser Sí, cuales quejas físicas tenías el día del accidente antes de que ocurriera el accidente?

¿Estaban presentes algunos dolores u otros síntomas que sientes despues del accidente en cualquier momento antes del accidente Y de ser Sí, eran lo suficiente fuertes que fuisté a ver al medico?

Sí No, yo nunca tuvé síntomas o problemas como los que tengo despues del accidente.

De ser Sí, anota cualquier dolor o otra queja que tenías **antes del accidente**:

Area del Dolor o Describe el Problema	Frecuencia del Dolor (# días/semana)	¿Empeoró a causa de este accidente vehicular?	# Meses/Año que el dolor estuvo presente	Doctor que lo atendió	¿Ultimo Día del dolor antes de este accidente vehicular?

¿Has tenido otro **accidente vehicular antes o despues de este accidente**? Sí No

Anota la fecha de los accidentes anteriores:

Describe estos accidentes y las lastimaduras que tuviste:

¿Te habías recuperado completamente de las lastimaduras previas de accidentes anteriores a este accidente? Sí No

¿De ser Sí, cuando te recuperaste completamente (fecha)? _____

¿De ser No, cuales sintomas permanecieron de los accidentes anteriores, que tan severos fueron, y que tan seguido ocurrieron?

Describe cuales accidentes y lastimaduras ocurrieron DESPUES de este accidente:

Historial Medico Anterior

Anota los doctores, terapistas, hospitales, o clinicas que has visto/visitado en los ultimos 5 años:

¿Has estado hospitalizado? Sí No ¿Por que motivo? _____

Si has tenido lastimaduras mayores diferentes a las ya anotadas antes o despues del accidente, describelas y anota cuando ocurrieron: _____

Describe instantes previos cuando te hayas golpeado la cabeza (deportes, caidas, otros accidentes, etc.), cuando ocurrieron, y si perdiste el conosimiento o recibiste atención medica:

Anota sirugias anteriores diferentes a las ya anotadas y cuando ocurrieron:

Repaso de Condiciones

Anota alergias que tengas: _____

Circula la letra apropiada adjunto a cada condición basandote en la siguiente definición:

S = condición que tienes ahora **P** = condición que tenias antes del accidente **N** = nunca tuviste

Depresión	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> N	Déficit de Atención (ADD/ADHD)	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> N
Ansiedad	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> N	Fobias	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> N
Desorden Bipolar	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> N	Apnea del Sueño	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> N
Personalidad de Trastorno Límite	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> N	Dolor de Pecho	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> N
Personalidad Histriónica	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> N	Espasmos Musculares	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> N
Personalidad Anti-social	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> N	Mareos	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> N
Obsesivo/Compulsivo	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> N	Mala Pronunciación	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> N
Esquizofrenia	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> N	Temblores	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> N
Trastorno de Estrés Post-Traumático	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> N	Problemas de Balance	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> N

Escuchar Voces	<input type="checkbox"/>	S	<input type="checkbox"/>	P	<input type="checkbox"/>	N	Sangrado en Escremento	<input type="checkbox"/>	S	<input type="checkbox"/>	P	<input type="checkbox"/>	N
Alucinaciones	<input type="checkbox"/>	S	<input type="checkbox"/>	P	<input type="checkbox"/>	N	Gases/Inflamación del estómago	<input type="checkbox"/>	S	<input type="checkbox"/>	P	<input type="checkbox"/>	N
Experiencia Fuera-del Cuerpo	<input type="checkbox"/>	S	<input type="checkbox"/>	P	<input type="checkbox"/>	N	Diarrea	<input type="checkbox"/>	S	<input type="checkbox"/>	P	<input type="checkbox"/>	N
Restricción de Movimiento	<input type="checkbox"/>	S	<input type="checkbox"/>	P	<input type="checkbox"/>	N	Incontinencia	<input type="checkbox"/>	S	<input type="checkbox"/>	P	<input type="checkbox"/>	N
Symptoma Radiante	<input type="checkbox"/>	S	<input type="checkbox"/>	P	<input type="checkbox"/>	N	Enfermedad del Hígado	<input type="checkbox"/>	S	<input type="checkbox"/>	P	<input type="checkbox"/>	N
Interrupción del Sueño	<input type="checkbox"/>	S	<input type="checkbox"/>	P	<input type="checkbox"/>	N	Enfermedad de Crohn	<input type="checkbox"/>	S	<input type="checkbox"/>	P	<input type="checkbox"/>	N
Sudores Nocturnos	<input type="checkbox"/>	S	<input type="checkbox"/>	P	<input type="checkbox"/>	N	Síndrome del Intestino Irritable	<input type="checkbox"/>	S	<input type="checkbox"/>	P	<input type="checkbox"/>	N
Migrañas	<input type="checkbox"/>	S	<input type="checkbox"/>	P	<input type="checkbox"/>	N	Úlcera Péptica	<input type="checkbox"/>	S	<input type="checkbox"/>	P	<input type="checkbox"/>	N
Vision Borrosa	<input type="checkbox"/>	S	<input type="checkbox"/>	P	<input type="checkbox"/>	N	Reflujo (GERD)	<input type="checkbox"/>	S	<input type="checkbox"/>	P	<input type="checkbox"/>	N
Vision Correjada	<input type="checkbox"/>	S	<input type="checkbox"/>	P	<input type="checkbox"/>	N	Problemas Digestivos	<input type="checkbox"/>	S	<input type="checkbox"/>	P	<input type="checkbox"/>	N
Lagrimo/Resequedad	<input type="checkbox"/>	S	<input type="checkbox"/>	P	<input type="checkbox"/>	N	Fibromialgia	<input type="checkbox"/>	S	<input type="checkbox"/>	P	<input type="checkbox"/>	N
Vision Double	<input type="checkbox"/>	S	<input type="checkbox"/>	P	<input type="checkbox"/>	N	Enfermedad de Riñones	<input type="checkbox"/>	S	<input type="checkbox"/>	P	<input type="checkbox"/>	N
Patelectomía	<input type="checkbox"/>	S	<input type="checkbox"/>	P	<input type="checkbox"/>	N	Hemorroides	<input type="checkbox"/>	S	<input type="checkbox"/>	P	<input type="checkbox"/>	N
Cataratas	<input type="checkbox"/>	S	<input type="checkbox"/>	P	<input type="checkbox"/>	N	Dolor Abdominal	<input type="checkbox"/>	S	<input type="checkbox"/>	P	<input type="checkbox"/>	N
Discapacidad Auditiva	<input type="checkbox"/>	S	<input type="checkbox"/>	P	<input type="checkbox"/>	N	Enfermedad de la Vesícula	<input type="checkbox"/>	S	<input type="checkbox"/>	P	<input type="checkbox"/>	N
Sumbido del Oído	<input type="checkbox"/>	S	<input type="checkbox"/>	P	<input type="checkbox"/>	N	Dolor al Orinar	<input type="checkbox"/>	S	<input type="checkbox"/>	P	<input type="checkbox"/>	N
Dolor de Oídos	<input type="checkbox"/>	S	<input type="checkbox"/>	P	<input type="checkbox"/>	N	Impulso de Orinar Frecuente	<input type="checkbox"/>	S	<input type="checkbox"/>	P	<input type="checkbox"/>	N
Resfrios Frecuentes	<input type="checkbox"/>	S	<input type="checkbox"/>	P	<input type="checkbox"/>	N	Piedras en el Riñon	<input type="checkbox"/>	S	<input type="checkbox"/>	P	<input type="checkbox"/>	N
Sinusitis	<input type="checkbox"/>	S	<input type="checkbox"/>	P	<input type="checkbox"/>	N	Sangre en la Orina	<input type="checkbox"/>	S	<input type="checkbox"/>	P	<input type="checkbox"/>	N
Goteo Nasal	<input type="checkbox"/>	S	<input type="checkbox"/>	P	<input type="checkbox"/>	N	Coyunturas Rojas/Hinchadas	<input type="checkbox"/>	S	<input type="checkbox"/>	P	<input type="checkbox"/>	N
Cambio en Sentido del Gusto	<input type="checkbox"/>	S	<input type="checkbox"/>	P	<input type="checkbox"/>	N	Artritis en _____	<input type="checkbox"/>	S	<input type="checkbox"/>	P	<input type="checkbox"/>	N
Bocio	<input type="checkbox"/>	S	<input type="checkbox"/>	P	<input type="checkbox"/>	N	Dolor Profundo en las Piernas	<input type="checkbox"/>	S	<input type="checkbox"/>	P	<input type="checkbox"/>	N
Tos	<input type="checkbox"/>	S	<input type="checkbox"/>	P	<input type="checkbox"/>	N	Tromboflebitis	<input type="checkbox"/>	S	<input type="checkbox"/>	P	<input type="checkbox"/>	N
Espujo	<input type="checkbox"/>	S	<input type="checkbox"/>	P	<input type="checkbox"/>	N	Aspiración de Hematoma	<input type="checkbox"/>	S	<input type="checkbox"/>	P	<input type="checkbox"/>	N
Escupir Sangre	<input type="checkbox"/>	S	<input type="checkbox"/>	P	<input type="checkbox"/>	N	Desmayos	<input type="checkbox"/>	S	<input type="checkbox"/>	P	<input type="checkbox"/>	N
Asma	<input type="checkbox"/>	S	<input type="checkbox"/>	P	<input type="checkbox"/>	N	Convulsiones	<input type="checkbox"/>	S	<input type="checkbox"/>	P	<input type="checkbox"/>	N
Bronquitis	<input type="checkbox"/>	S	<input type="checkbox"/>	P	<input type="checkbox"/>	N	Paralysis	<input type="checkbox"/>	S	<input type="checkbox"/>	P	<input type="checkbox"/>	N
Neumonía	<input type="checkbox"/>	S	<input type="checkbox"/>	P	<input type="checkbox"/>	N	Debilidad Muscular	<input type="checkbox"/>	S	<input type="checkbox"/>	P	<input type="checkbox"/>	N
Enfisema	<input type="checkbox"/>	S	<input type="checkbox"/>	P	<input type="checkbox"/>	N	Dificultades de Cordinacion	<input type="checkbox"/>	S	<input type="checkbox"/>	P	<input type="checkbox"/>	N
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	<input type="checkbox"/>	S	<input type="checkbox"/>	P	<input type="checkbox"/>	N	Cambios de Humor	<input type="checkbox"/>	S	<input type="checkbox"/>	P	<input type="checkbox"/>	N
Dificultad Respiratoria	<input type="checkbox"/>	S	<input type="checkbox"/>	P	<input type="checkbox"/>	N	Perdida de Memoria	<input type="checkbox"/>	S	<input type="checkbox"/>	P	<input type="checkbox"/>	N
Falta De Respiración	<input type="checkbox"/>	S	<input type="checkbox"/>	P	<input type="checkbox"/>	N	Problema de Tiroides	<input type="checkbox"/>	S	<input type="checkbox"/>	P	<input type="checkbox"/>	N
Enfermedades Cardiacas	<input type="checkbox"/>	S	<input type="checkbox"/>	P	<input type="checkbox"/>	N	Perdida de Cabello	<input type="checkbox"/>	S	<input type="checkbox"/>	P	<input type="checkbox"/>	N
Infarto	<input type="checkbox"/>	S	<input type="checkbox"/>	P	<input type="checkbox"/>	N	Sed Excesiva	<input type="checkbox"/>	S	<input type="checkbox"/>	P	<input type="checkbox"/>	N
Ritmo Cardíaco Rápido	<input type="checkbox"/>	S	<input type="checkbox"/>	P	<input type="checkbox"/>	N	Hambre Excesiva	<input type="checkbox"/>	S	<input type="checkbox"/>	P	<input type="checkbox"/>	N
Latidos Fuertes	<input type="checkbox"/>	S	<input type="checkbox"/>	P	<input type="checkbox"/>	N	Anemia	<input type="checkbox"/>	S	<input type="checkbox"/>	P	<input type="checkbox"/>	N
Soplo	<input type="checkbox"/>	S	<input type="checkbox"/>	P	<input type="checkbox"/>	N	Sangrar Facilmente	<input type="checkbox"/>	S	<input type="checkbox"/>	P	<input type="checkbox"/>	N
Prolapso Mitral	<input type="checkbox"/>	S	<input type="checkbox"/>	P	<input type="checkbox"/>	N	Moretón Facilmente	<input type="checkbox"/>	S	<input type="checkbox"/>	P	<input type="checkbox"/>	N
Marca Pasos	<input type="checkbox"/>	S	<input type="checkbox"/>	P	<input type="checkbox"/>	N	Intolerancia al Frio	<input type="checkbox"/>	S	<input type="checkbox"/>	P	<input type="checkbox"/>	N
Embolia	<input type="checkbox"/>	S	<input type="checkbox"/>	P	<input type="checkbox"/>	N	Fatiga	<input type="checkbox"/>	S	<input type="checkbox"/>	P	<input type="checkbox"/>	N
Aneurisma	<input type="checkbox"/>	S	<input type="checkbox"/>	P	<input type="checkbox"/>	N	Problemas de Madibula	<input type="checkbox"/>	S	<input type="checkbox"/>	P	<input type="checkbox"/>	N
Ataque Isquémico Transitorio (TIA)	<input type="checkbox"/>	S	<input type="checkbox"/>	P	<input type="checkbox"/>	N	Dificultad al Masticar	<input type="checkbox"/>	S	<input type="checkbox"/>	P	<input type="checkbox"/>	N
Angina (dolor de pecho)	<input type="checkbox"/>	S	<input type="checkbox"/>	P	<input type="checkbox"/>	N	Dificultad al Tragar	<input type="checkbox"/>	S	<input type="checkbox"/>	P	<input type="checkbox"/>	N
Alta Precion	<input type="checkbox"/>	S	<input type="checkbox"/>	P	<input type="checkbox"/>	N	Hinchazón en _____	<input type="checkbox"/>	S	<input type="checkbox"/>	P	<input type="checkbox"/>	N
Cancer	<input type="checkbox"/>	S	<input type="checkbox"/>	P	<input type="checkbox"/>	N	Lesiones en la Piel	<input type="checkbox"/>	S	<input type="checkbox"/>	P	<input type="checkbox"/>	N
Edema (hinchazón)	<input type="checkbox"/>	S	<input type="checkbox"/>	P	<input type="checkbox"/>	N	Sarpullido Grave	<input type="checkbox"/>	S	<input type="checkbox"/>	P	<input type="checkbox"/>	N
Diabetes	<input type="checkbox"/>	S	<input type="checkbox"/>	P	<input type="checkbox"/>	N	Perdida del Sentido del Gusto	<input type="checkbox"/>	S	<input type="checkbox"/>	P	<input type="checkbox"/>	N
Nauseas	<input type="checkbox"/>	S	<input type="checkbox"/>	P	<input type="checkbox"/>	N	Perdida del Olfato	<input type="checkbox"/>	S	<input type="checkbox"/>	P	<input type="checkbox"/>	N
Vómito	<input type="checkbox"/>	S	<input type="checkbox"/>	P	<input type="checkbox"/>	N							
Estreñimiento	<input type="checkbox"/>	S	<input type="checkbox"/>	P	<input type="checkbox"/>	N							

Solamente Mujeres

Edad cuando empecé a menstruar _____
 Edad cuando dejé de menstruar _____
 Duración de cada ciclo _____
 Duración de sangrado _____

- Manchado S P N
- Ciclos Irregulares S P N
- Menstruación Dolorosa S P N
- Anti-conceptivo S P N
- Problemas Sexuales S P N
- Enfermedades Sexuales S P N
- Bultos en los Senos S P N
- Dolor de Senos S P N
- Deshecho del Pezón S P N
- Síntomas Premenstruales S P N
- Síntomas de Menopausia S P N

Resequedad Vaginal S P N
 Descarga Vaginal/llagas S P N
 Número de embarazos _____
 Número de nacimientos _____
 Número de abortos espontáneos _____

Solamente Hombres

- Hernias S P N
- Bultos en los Testículos S P N
- Dolor Testicular S P N
- Problemas Sexuales S P N
- Enfermedades Sexuales S P N
- Desecho Penil/Llagas S P N
- Enfermedad de Prostata S P N

Anota otros trastornos o condiciones con los cuales hayas sido diagnosticado y cuando fueron diagnosticados:

¿Están estas condiciones controladas actualmente?

Anota el tratamiento actual para estas condiciones:

Historial Médico Familiar

***Ponga una "X" en cada espacio abajo para cada miembro familiar quienes tuvieron las siguientes enfermedades:**

	Padre	Madre	Abuelos	Hermanos	Otro (especifique)
Anemia	_____	_____	_____	_____	_____
Cáncer	_____	_____	_____	_____	_____
Diabetes	_____	_____	_____	_____	_____
Enfermedad del Corazón	_____	_____	_____	_____	_____
Alta Presión	_____	_____	_____	_____	_____
Embolia	_____	_____	_____	_____	_____
Epilepsia	_____	_____	_____	_____	_____
Depresión	_____	_____	_____	_____	_____
Trastorno de Ansiedad	_____	_____	_____	_____	_____
Bipolar	_____	_____	_____	_____	_____
Trastorno Postraumático	_____	_____	_____	_____	_____
Asma	_____	_____	_____	_____	_____

Alergia, Urticaria	_____	_____	_____	_____	_____
Enfermedad Riñón	_____	_____	_____	_____	_____
Glaucoma	_____	_____	_____	_____	_____
Tuberculosis	_____	_____	_____	_____	_____
Alcoholismo	_____	_____	_____	_____	_____
Abuso de Drogas	_____	_____	_____	_____	_____
Enfermedad Mental	_____	_____	_____	_____	_____
Falla de Fallecimiento	_____	_____	_____	_____	_____

Tratamientos Desde El Accidente

Anota todos los medicamentos para el dolor (incluyendo recetados y no recesados) que estas tomando actualmente, que tan seguido los tomas, y que tan seguido los tomaste al principio y despues del accidente:

Nombre	Dosis	Uso Actual (# días por semana)	Uso luego despues del Accidente (# veces por semana)	# Meses de Uso	¿Ayuda o Ayudó? (no, un poco, mucho)

Anota todos los otros medicamentos que estas tomando **espcificamente debido a los daños sufridos o condiciones que surgieron de tu accidente:**

Nombre	Dosis	Uso Actual (# días por semana)	Uso luego despues del Accidente (# veces por semana)	# Meses de Uso	¿Ayuda o Ayudó? (no, un poco, mucho)

Anota todos **los otros medicamentos** que estas tomando actualmente **por alguna otra razón:**

Nombre	Dosis	Uso Actual (# días por semana)	¿Motivo para el uso?	¿Cuanto empesaste a tomar este medicamento?

Anota los **suplementos** que estas tomando actualmente y poque motivo:

Nombre	Dosis	Uso Actual (# días por semana)	Proposito del Uso?	# Meses de Uso	¿Ayuda o Ayudó? (no, un poco, mucho)

Escoja la casilla enseguida de los ejercicios que hayas hecho desde el accidente:

- Programa de Ejercicio en Casa resetado por un proveedor de cuidado de la salud
- Estiramiento para la espalda/cuello/hombro/rodilla/cadera/pierna/tobillo, etc.
- Fortalecimiento para la espalda/abdominales/centro/cuello/hombros/rodillas/cadera/tobillo/manos, etc.
- Entrenamiento de Balance Ejercicio en el Gimnasio Ejercicio en la Casa
- Yoga o Pilates Ejercicio Aquatico
- Ejercicio Aerobico (caminar, nadar, bicicleta, correr, eliptica, remar, etc.)
- Deportes (tennis, futbol, racquetball, golf, etc.)

Por cuantos meses has realizado los ejercicios mencionados arriba: _____

Cuantas veces a la semana has realizado los ejercicios mencionados arriba: _____

Escoje las casillas enseguida de algunos otros tratamientos o terapias que has realizado para aliviar los sintomas resultando directa o indirectamente del accidente, tales como:

- Quiropráctico
- Masaje
- Consejería
- Hipnosis
- Cirugia
- Reposo
- Inmovilización
- Estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (ENET)
- Buena higiene del Sueño (cuarto oscuro, taponos de oídos, cambio de temperatura, escribir, etc.)
- Terapia Fisica
- Inyecciones
- Acupuntura
- Oración
- Traccion en Casa
- Parches Calientes
- Tratamientos de Energia
- Terapia Ocupacional
- Limitación de Actividades
- Biorretroalimentación
- Meditación
- Tecnicas de respiración
- Parches Frios