




INFORMACIÓN DE SALUD DEL PACIENTE

SU INFORMACIÓN

 Número de archivo: _____

Título Sr. Sra. Srta. Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Contacto de emergencia _____ Número de contacto de emergencia _____

¿Como supiste de nosotros? Internet Sin cita Seguro Médico Doctor _____ Otra gente _____

¿Has estado en una clínica quiropráctica antes? No Sí, ¿Cuándo? ¿Quién? _____

¿Otro Doctor que trata para esta condición? No Sí, ¿Quien? _____

¿Tratamiento recibido por esta condición? Ninguno Medicamento Fisioterapia Otro _____

HISTORIA SOCIAL *(Por favor, rellene todo. Incluyendo su ocupación/trabajo, ejercicio, y actividades diarias)*

Estado Civil Soltero Casado Viudo Divorciado _____ Ocupación/Trabajo: _____

¿Niños? No Sí _____ ¿Tabaco? No Sí _____ ¿Alcohol? No Sí _____ ¿Drogas? No Sí _____

¿Ejercicio? No Sí, Corro/Camino Levantamiento de pesas Juego deporte Otro _____

Actividades Diarias/Pasatiempos: _____

Quiero Disminuir el dolor Arreglar el problema Volver al trabajo o actividades Otro _____

HISTORIA MÉDICA PASADA *(Por favor, escriba todas la información actual y anterior. Seleccione Ninguno si procede)*

Cirugía: _____ Ninguno

Lesión: _____ Ninguno

Medicamento: _____ Ninguno

Tratamiento: _____ Ninguno

Alergia: _____ Ninguno

HISTORIA FAMILIAR *(Por favor liste todas las condiciones. Seleccione Ninguno si procede)*

Madre: Ninguno Escoliosis Artritis Cáncer Diabetes Esclerosis Múltiple Corazón Otro _____

Padre: Ninguno Escoliosis Artritis Cáncer Diabetes Esclerosis Múltiple Corazón Otro _____

SU HISTORIA MÉDICO

Constitucional	<input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> SIDA/HIV+ <input type="checkbox"/> Sudores nocturnos <input type="checkbox"/> Pérdida / Aumento de peso inexplicable <input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Resfriado <input type="checkbox"/> Pérdida de apetito <input type="checkbox"/> Falta frecuente de energía (fatiga) <input type="checkbox"/>Ninguna de las anteriores
Musculoesquelético	<input type="checkbox"/> Huesos rotos <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide <input type="checkbox"/> Osteoartritis <input type="checkbox"/> Escoliosis <input type="checkbox"/> Osteoporosis <input type="checkbox"/> Osteopenia <input type="checkbox"/> Gota <input type="checkbox"/> Cirugía de la columna <input type="checkbox"/> Implantes de metal <input type="checkbox"/>Ninguna de las anteriores
Neurológico	<input type="checkbox"/> Derrame Cerebral <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple <input type="checkbox"/> Temblores <input type="checkbox"/> Pérdida de consciencia <input type="checkbox"/> Pérdida del equilibrio <input type="checkbox"/> Debilidad de brazos y piernas <input type="checkbox"/> Mareo <input type="checkbox"/> Pérdida de memoria <input type="checkbox"/> Entumecimiento <input type="checkbox"/> Vértigo <input type="checkbox"/> Disminución de la sensación <input type="checkbox"/> Debilidad facial <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza <input type="checkbox"/> Alteración del sueño <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores
Cardiovascular	<input type="checkbox"/> Colesterol alto <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Presión arterial baja <input type="checkbox"/> Dolor torácico (angina) <input type="checkbox"/> Ataques cardíacos <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón <input type="checkbox"/> Latido del corazón irregular <input type="checkbox"/> Dolor de pantorrilla con caminar <input type="checkbox"/> Hinchazón de piernas <input type="checkbox"/> Venas varicosas <input type="checkbox"/> Marcapasos <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar acostado <input type="checkbox"/> Falta de aliento con esfuerzo <input type="checkbox"/>Ninguna de las anteriores
Respiratorio	<input type="checkbox"/> Dificultad para respirar <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Sibilancias <input type="checkbox"/> Tos frecuente <input type="checkbox"/> Tos de sangre <input type="checkbox"/> Respiración dificultosa <input type="checkbox"/> COPD <input type="checkbox"/> Enfisema <input type="checkbox"/> Espujo <input type="checkbox"/>Ninguna de las anteriores
Gastrointestinal	<input type="checkbox"/> Dolor abdominal <input type="checkbox"/> Náuseas / vómitos <input type="checkbox"/> Vómitos de sangre <input type="checkbox"/> Heces negras o con sangre <input type="checkbox"/> Ictericia <input type="checkbox"/> Pérdida del control intestinal <input type="checkbox"/>Ninguna de las anteriores
Genitourinario	<input type="checkbox"/> Dolor al orinar <input type="checkbox"/> Micción frecuente <input type="checkbox"/> No puede controlar (incontinencia) la micción <input type="checkbox"/> Sangre en la orina <input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón <input type="checkbox"/> Diálisis <input type="checkbox"/> Enfermedad de transmisión sexual <input type="checkbox"/> Hernia <u>Femeninos:</u> <input type="checkbox"/> El embarazo <input type="checkbox"/> Menstruación irregular <input type="checkbox"/> Descarga vaginal <input type="checkbox"/>Ninguna de las anteriores <u>Masculinos:</u> <input type="checkbox"/> Disfuncion erectil <input type="checkbox"/> Problema de próstata <input type="checkbox"/> Dolor testicular <input type="checkbox"/>Ninguna de las anteriores
Endocrino	<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Tiroides (Hipo Hiper) <input type="checkbox"/> Intolerancia al frío o al calor <input type="checkbox"/> Coto <input type="checkbox"/> Sudoración excesiva <input type="checkbox"/> Apetito excesivo <input type="checkbox"/> Sed excesiva <input type="checkbox"/> Perdida de cabello <input type="checkbox"/>Ninguna de las anteriores
HEENT	<input type="checkbox"/> Mareo <input type="checkbox"/> Visión doble <input type="checkbox"/> Visión borrosa <input type="checkbox"/> Drenaje auricular <input type="checkbox"/> Sonido de la oreja (Tinnitus) <input type="checkbox"/> Dolor de garganta <input type="checkbox"/> Frecuentes hemorragias nasals <input type="checkbox"/> Dolor al tragar <input type="checkbox"/>Ninguna de las anteriores
Integumentario	<input type="checkbox"/> Erupciones en la piel <input type="checkbox"/> Cambios en el color de la piel <input type="checkbox"/> Lesiones cutáneas / úlceras <input type="checkbox"/> Psoriasis <input type="checkbox"/> Eczema <input type="checkbox"/> Cambios de color de las uñas <input type="checkbox"/>Ninguna de las anteriores <u>Senos:</u> <input type="checkbox"/> Dolor en los senos <input type="checkbox"/> Bultos en los senos <input type="checkbox"/> Secreción mamaria <input type="checkbox"/>Ninguna de las anteriores
Psiquiátrico	<input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Confusión <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Pensamiento suicida <input type="checkbox"/> Bipolar <input type="checkbox"/> Pérdida o cambio en el apetito <input type="checkbox"/> Diagnóstico psiquiátrico <input type="checkbox"/> Medicamentos psiquiátricos <input type="checkbox"/> Insomnio <input type="checkbox"/>Ninguna de las anteriores
Otros (no en la lista)	_____

He leído la información anterior, certifico que es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento. Por la presente autorizo a Health Plus Chiropractic & Acupuncture a proporcionarme exámenes, atención quiropráctica y terapia y tratamiento de acupuntura, de acuerdo con los estatutos de este estado.

Nombre del Paciente / Patient Name _____

Nombre del Padre de la Custodia / Guardián Legal / Name _____

Firma del Paciente / Patient Signature _____

Firma del Padre de la Custodia / Guardián Legal / Signature _____

Fecha / Date _____

Fecha / Date _____

*** Sólo uso de oficina ***

Signature: _____

Nhat Vu, D.C.

Date: _____

INFORMED CONSENT

You are the decision maker for your health care. Part of our role is to provide you with information to assist you in making informed choices. This process is often referred to as "informed consent" and involves your understanding and agreement regarding the care we recommend, the benefits and risks associated with the care, alternatives, and the potential effect on your health if you choose not to receive the care.

We (Health Plus Chiropractic & Acupuncture) may conduct some diagnostic or examination procedures if indicated. Any examinations or tests conducted will be carefully performed but may be uncomfortable.

Chiropractic care centrally involves what is known as a chiropractic adjustment. There may be additional supportive procedures or recommendations as well. When providing an adjustment, we use our hands or an instrument to reposition anatomical structures, such as vertebrae. Potential benefits of an adjustment include restoring normal joint motion, reducing swelling and inflammation in a joint, reducing pain in the joint, and improving neurological functioning and overall well-being.

It is important that you understand, as with all health care approaches, results are not guaranteed, and there is no promise to cure. As with all types of health care interventions, there are some risks to care, including, but not limited to: muscle spasms, aggravating and/or temporary increase in symptoms, lack of improvement of symptoms, burns and/or scarring from electrical stimulation and from hot or cold therapies, including but not limited to hot packs and ice, fractures (broken bones), disc injuries, strokes, dislocations, strains, and sprains. Associated risk factors for acupuncture include but are not limited to the following: bruising, blistering, bleeding, redness around the site where the needle was inserted, weakness, fainting, nausea, or temporary discoloration of the skin, possible aggravation of the symptoms existing prior to treatment, skin infection or broken needle. The Doctor (Health Plus Chiropractic & Acupuncture) will make every reasonable effort during the examination to screen for contraindications to care; however, if you have a condition that would otherwise not come to the Doctor's attention it is your responsibility to inform the Doctor.

With respect to strokes, there is a rare but serious condition known as an "arterial dissection" that typically is caused by a tear in the inner layer of the artery that may cause the development of a thrombus (clot) with the potential to lead to a stroke. The best available scientific evidence supports the understanding that chiropractic adjustment does not cause a dissection in a normal, healthy artery. Disease processes, genetic disorders, medications, and vessel abnormalities may cause an artery to be more susceptible to dissection. Strokes caused by arterial dissections have been associated with over 72 everyday activities, e.g. sneezing, driving, & playing tennis.

Arterial dissections occur in 3-4 of every 100,000 people whether they are receiving health care or not. Patients who experience this condition often, but not always, present to their medical doctor or chiropractor with neck pain and headache. Unfortunately, a percentage of these patients will experience a stroke.

The reported association between chiropractic visits and stroke is exceedingly rare and is estimated to be related in one in one million to one in two million cervical adjustments. For comparison, the incidence of hospital admission attributed to aspirin use from major GI events of the entire (upper and lower) GI tract was 1219 events/ per one million persons/year and risk of death has been estimated as 104 per one million users.

It is also important that you understand there are treatment options available for your condition other than chiropractic procedures. Likely, you have tried many of these approaches already. These options may include, but are not limited to: self-administered care, over-the-counter pain relievers, physical measures and rest, medical care with prescription drugs, physical therapy, bracing, injections, and surgery. Lastly, you have the right to a second opinion and to secure other opinions about your circumstances and health care as you see fit.

Open Room Authorization: I hereby request and authorize the Doctor(s) and Staffs of Health Plus Chiropractic & Acupuncture perform therapy modalities, rehabilitation & treatments for me or the patient above in an open room where other patients are also being treated. I am aware that other persons in the office may overhear some of my conversations during the course of my care. Should I need to speak with a doctor at any time in private, the doctor or staffs will provide a room for these conversations.

Consent for Minor (younger than 18-year-old)

I, the undersigned **custodial parent or legal guardian** of the patient identified below (minor child), hereby request and authorize the Doctor(s) of Health Plus Chiropractic & Acupuncture to perform diagnostic tests and render chiropractic adjustments and other treatments to my minor child. This authorization also extends to all other Doctors and office Staff members and is intended to include acupuncture treatment at the doctor's discretion.

I have read, or have had read to me, the above consent and authorization. I appreciate that it is not possible to consider every possible complication to care. I have also had an opportunity to ask questions about its content, and by signing below, I agree with the current or future recommendation to receive treatments as is deemed appropriate for my circumstance. I intend this consent to cover the entire course of care from the doctor in this office for my present condition and for any future condition(s) for which I seek care from this office.

Nombre del Paciente / Patient Name

Nombre del Padre de la Custodia / Guardián Legal / Name

Firma del Paciente / Patient Signature

Firma del Padre de la Custodia / Guardián Legal / Signature

Fecha / Date

Fecha / Date



14901 State Highway 249, Suite 108, Houston, Texas 77086
Phone: (832) 534-4195 Fax: (832) 534-4159
Email: Info@HealthPlusChiro.com www.HealthPlusChiro.com

ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT OF HIPAA NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

I understand and have been provided with a HIPAA *Notice of Privacy Practices* that provides a more complete description of information uses and disclosures. I understand that I have the following rights and privileges:

- The right to a copy and inspection of the HIPAA *Notice of Privacy Practices* prior to signing this authorization form.
- The right to have my medical information amended.
- The right to request to receive confidential communication by alternative means or at alternative location.
- The right to request restrictions as to how my health information may be used or disclosed to carry out treatment, payment, or health care operations.
- The right to revoke this authorization, at any time, in writing, except to the extent that your doctor or the doctor's practice has taken action in reliance on the use or disclosure indicated in authorization.

Nombre del Paciente / Patient Name _____

Nombre del Padre de la Custodia / Guardián Legal / Name _____

Firma del Paciente / Patient Signature _____

Firma del Padre de la Custodia / Guardián Legal / Signature _____

Fecha / Date _____

Fecha / Date _____

Health Plus Chiropractic & Acupuncture

Doctor/Staff: Nhat Vu, D.C. _____

Office Use Only

Signature: _____

Date: _____



14901 State Highway 249, Suite 108, Houston, Texas 77086
 Phone: (832) 534-4195 Fax: (832) 534-4159
 Email: Info@HealthPlusChiro.com www.HealthPlusChiro.com

SUS SINTOMAS MÉDICOS

Es muy importante para nosotros tener una historia completa de sus condiciones y síntomas. Como cada queja puede no estar relacionada con otra, por lo que requieren diferentes tipos de tratamiento. Por favor, tome un momento y llene los detalles de cada queja por separado. Se proporcionarán páginas adicionales si es necesario.

Síntomas del Cuello (Dolor, malestar, rigidez, entumecimiento, etc.) Izquierda Derecha Sin dolor de cuello

Mi nivel de dolor (La mayoría del tiempo) Sin Dolor —0 Leve —1—2—3 Modera —4—5—6 Grave —7—8—9 Extremo —10
 ¿Frecuencia? (Porcentaje) 0—5—10—15—20—25—30—35—40—45—50—55—60—65—70—75—80—85—90—95—100 % del tiempo despierto
 Empezó Repentino Gradual ¿Fecha? _____ Mi síntoma Mejorando Sin alterar Empeorar
 ¿Cómo pasó? Colisión de vehículos de motor (MVC) Lesión laboral Lesión deportiva Lesión Otro _____

MVC solamente ¿Ha tenido este síntoma antes de la colisión de vehículo de motor? No Sí ¿Cuándo? ¿Gravedad? _____

Calidad Agudo Sordo Profundo Quema Punzante Entumecimiento Otro _____

Siento Mejor con Ninguno Medicación Descanso Hielo Calor Estiramiento Otro _____

Siento Peor con Torneado Sostenida Dormir Buscando/Mirando abajo Movimiento Otro _____

El dolor de Cuello irradia al Ninguno Cabeza Hombro I D Brazo I D Mano I D Otro _____

Síntomas del cuello empeoran en el o la Mañana Tarde Noche No afectado por la hora del día

Síntomas de la Espalda (Dolor, malestar, rigidez, entumecimiento, etc.) Izquierda Derecha Sin dolor de espalda

Mi nivel de dolor (La mayoría del tiempo) Sin Dolor —0 Leve —1—2—3 Modera —4—5—6 Grave —7—8—9 Extremo —10
 ¿Frecuencia? (Porcentaje) 0—5—10—15—20—25—30—35—40—45—50—55—60—65—70—75—80—85—90—95—100 % del tiempo despierto
 Empezó Repentino Gradual ¿Fecha? _____ Mi síntoma Mejorando Sin alterar Empeorar
 ¿Cómo pasó? Colisión de vehículos de motor (MVC) Lesión laboral Lesión deportiva Lesión Otro _____

MVC solamente ¿Ha tenido este síntoma antes de la colisión de vehículo de motor? No Sí ¿Cuándo? ¿Gravedad? _____

Calidad Agudo Sordo Profundo Quema Punzante Entumecimiento Otro _____

Siento Mejor con Ninguno Medicación Descanso Hielo Calor Estiramiento Otro _____

Siento Peor con Sentado De Pie Caminando Levantamiento Dormir Agachado Otro _____

El dolor de Espalda irradia al Ninguno Nalga I D Cadera I D Pierna I D Pie I D Otro _____

Síntomas del cuello empeoran en el o la Mañana Tarde Noche No afectado por la hora del día

Nombre del paciente: _____ **Fecha:** _____



Dolor de Cabeza Posterior de la cabeza Frente de la cabeza Lado de la cabeza I D Sin dolor de cabeza

Mi nivel de dolor (La mayoría del tiempo) Sin Dolor —0 Leve —1—2—3 Modera —4—5—6 Grave —7—8—9 Extremo —10
¿Frecuencia? (Porcentaje) 0—5—10—15—20—25—30—35—40—45—50—55—60—65—70—75—80—85—90—95—100 % del tiempo despierto
Empezó Repentino Gradual ¿Fecha? _____ Mi síntoma Mejorando Sin alterar Empeorar
¿Cómo pasó? Colisión de vehículos de motor (MVC) Lesión laboral Lesión deportiva Lesión Otro _____

MVC solamente ¿Ha tenido este síntoma antes de la colisión de vehículo de motor? No Sí ¿Cuándo? ¿Gravedad? _____

Calidad Sordo Profundo Agudo Punzante Otro _____

Siento Mejor con Medicación Descanso Hielo Calor Ninguno Otro _____

Siento Peor con Movimiento del Cuello / Cabeza Mirar television / Uso de la computadora Otro _____

Otros Síntomas (e.g. pecho, hombro, cadera, rodilla, etc.) _____ Ninguno

Mi nivel de dolor (La mayoría del tiempo) Sin Dolor —0 Leve —1—2—3 Modera —4—5—6 Grave —7—8—9 Extremo —10
¿Frecuencia? (Porcentaje) 0—5—10—15—20—25—30—35—40—45—50—55—60—65—70—75—80—85—90—95—100 % del tiempo despierto
Empezó Repentino Gradual ¿Fecha? _____ Mi síntoma Mejorando Sin alterar Empeorar
¿Cómo pasó? Colisión de vehículos de motor (MVC) Lesión laboral Lesión deportiva Lesión Otro _____

MVC solamente ¿Ha tenido este síntoma antes de la colisión de vehículo de motor? No Sí ¿Cuándo? ¿Gravedad? _____

Calidad Agudo Sordo Profundo Quema Punzante Entumecimiento Otro _____

Siento Mejor con Medicación Descanso Hielo Calor Ninguno Otro _____

Siento Peor con Movimientos Otro _____

Otros Síntomas (e.g. pecho, hombro, cadera, rodilla, etc.) _____ Ninguno

Mi nivel de dolor (La mayoría del tiempo) Sin Dolor —0 Leve —1—2—3 Modera —4—5—6 Grave —7—8—9 Extremo —10
¿Frecuencia? (Porcentaje) 0—5—10—15—20—25—30—35—40—45—50—55—60—65—70—75—80—85—90—95—100 % del tiempo despierto
Empezó Repentino Gradual ¿Fecha? _____ Mi síntoma Mejorando Sin alterar Empeorar
¿Cómo pasó? Colisión de vehículos de motor (MVC) Lesión laboral Lesión deportiva Lesión Otro _____

MVC solamente ¿Ha tenido este síntoma antes de la colisión de vehículo de motor? No Sí ¿Cuándo? ¿Gravedad? _____

Calidad Agudo Sordo Profundo Quema Punzante Entumecimiento Otro _____

Siento Mejor con Medicación Descanso Hielo Calor Ninguno Otro _____

Siento Peor con Movimientos Otro _____

Nombre del paciente: _____ **Fecha:** _____



INFORMACIÓN DE COLISIONES Y LESIONES AUTO

Tu información

Nombre del paciente: _____ Fec del Nac: _____

Fecha de herida: _____ Hora prevista: _____ AM PM

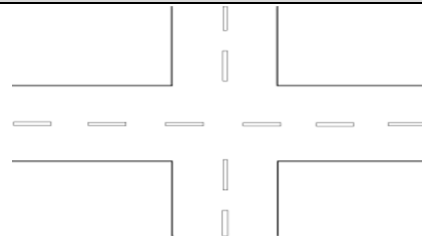
Yo era el Conductor Pasajero delantero Pasajero trasero (I M D) # personas en mi vehículo _____

Mi vehículo _____ (Marca / Modelo) _____ (Año)

Otro vehículo _____ (Marca / Modelo) _____ (Año)

Dibujar y/o describir el colisiones auto





Descripción de la colisión (Seleccione todas las que correspondan)

Impacto Impacto trasero Impacto frontal Impacto lateral izquierdo (Lado del conductor) Impacto lateral derecho

En el momento del impacto, **Mi vehículo** Detenido Ralentizando Viajando

Velocidad estimada: lenta – mod – rápida

En el momento del impacto, **Otro vehículo** Detenido Ralentizando Viajando

Velocidad estimada: lenta – mod – rápida

Durante y después de la colisión, mi vehículo (Seleccione todas las que correspondan)

Siguió derecho, no golpear nada

Siguió derecho, golpear el coche delante

Giró alrededor, no golpeó nada

Giró alrededor, golpear otro coche

Fue golpeado por otro vehículo

Giró alrededor, golpear el objeto que no sea el coche

Describese durante la colisión (Seleccione todas las que correspondan)

Usar cinturón de seguridad con tirantes

Desconocido de la colisión inminente

Consciente de la colisión inminente y me preparé

Consciente de la colisión inminente y relajado antes de la colisión

La cabeza y el torso miraban hacia adelante

La cabeza y el torso se volvieron a la Izquierda Derecha

Los Manos estaban en el volante Izquierda Derech

El pie Izquierda Derecha estaba en Acelerador Freno

Áreas de su vehículo que fueron dañadas (Seleccione todas las que correspondan)

Parabrisas

Asiento doblado o dañado

Tablero

Volante

Ventana lateral o trasera rota

Parachoques delantero / trasero

Otro _____



Indique si su cuerpo golpeó cualquier objeto (Por favor dibuje líneas y combine el lado izquierdo con el lado derecho)

- Cabeza Volante Bolsa de aire Reposacabezas Techo Otro _____ No recuerdo
- Tórax Seatbelt Bolsa de aire Otro _____ No recuerdo
- Hombro Cinturón de seguridad Puerta lateral Ventana lateral Otro _____ No recuerdo
- Rodilla Tablero Otro _____ No recuerdo
- Brazo Volante Tablero Otro _____ No recuerdo
- Pierna Tablero Otro _____ No recuerdo
- Otro _____

Reposacabezas

- Móvil reposacabezas Fijo, No móvil, reposacabezas Sin reposacabezas
- Mi reposacabezas En la parte superior de la parte posterior de la cabeza Altura media de la parte posterior de la cabeza
- Altura inferior de la parte posterior de la cabeza Situado al nivel del cuello o hombro

SÍ NO

- ¿Ha perdido la conciencia or apagón por un tiempo después de la colisión? ¿Cuánto tiempo? _____
- ¿Fuiste a la sala de emergencias o al hospital? Si sí, ¿Dónde? _____
- ¿Cuando? Mismo día Otro _____ ¿Por? Ambulancia Mí mismo Otra gente _____
- ¿Fuiste a otro doctor y / o clínica antes de venir aquí? Si sí, ¿Dónde? _____
- ¿Le recetaron medicamentos? Para dolor Relajantes musculares ¿Nombre? _____
- ¿Recibió alguna imagen diagnóstica? Radiografía CT MRI No es seguro Otro _____
- ¿Tuviste cortes o laceraciones? ¿Dónde? _____
- ¿Tuviste moretones en el cuerpo? (Rojo / negro / azul) ¿Dónde? _____

SÍ NO

- ¿Se desplegó el airbag? Frente Lado Izquierda Lado Derecho
- ¿Alguna de las estructuras frontales o laterales (como la puerta lateral, el tablero) se abollan hacia adentro durante la colisión?
- ¿La puerta lateral tocó su cuerpo durante la colisión?
- ¿Fue la puerta de su vehículo dañada hasta el punto en que no pudo abrir la puerta?
- ¿Tu vehículo fue remolcado? Si no, ¿Qué tan malo fue el daño? Poco Moderar Grave
- ¿Llegaron policías y / o vehículos de emergencia a la escena? Si sí ¿Se emitió un boleto? Sí No

Información sobre el seguro de automóvil

- Mi seguro de auto Allstate Geico Farmers Progressive State Farm Otro _____
- Seguro de auto de otra persona Allstate Geico Farmers Progressive State Farm Otro _____
- Numero de reclamo # _____ Nombre del Ajustador _____
- Teléfono del ajustador _____ Fax del ajustador _____

Firma del Paciente o Padre: _____

Fecha: _____