

HISTORIA PERSONAL DE LASTIMADURA

Nombre _____

Fecha de lastimadura _____ Hora _____ A.M./P.M. ¿Donde ocurrió ésta lastimadura? _____

1. ¿Como sucedio su lastimadura? Resbalo y Caerse Lastimadura de deporte Tropezar y caerse

Caerse de una escalera o otro lugar alto

Pedestre golpeado por un

Otro

2. ¿Habia algunos testigos? Si No Si es asi, Nombre _____

3. En su mismas palabras describe exactamente como sucedio y que fue la causa _____

4. ¿Como se sintio inmediatamente despues de su lastimadura/accidente? _____

¿Más tarde en ése día? _____ ¿El próximo día? _____

5. ¿Comienzo su dolor gradualmente? Si No ¿Inmediatamente? Si No

6. ¿Es su dolor? Continuamente De Vez en Cuando Mejorarse Empeorarse

7. ¿Cuanto tiempo ha tenido éste dolor? _____ Horas _____ Dias _____ Semanas _____ Meses

8. ¿Ha tenido Ud. éste o otro condición similario antes? Si No ¿Si asi es, cuando? _____

9. ¿Estaba Ud. inconsciente? Si No ¿Si asi es, cuanto tiempo? _____

10. ¿Recibio Ud. Fractura Cortadas Golpes Raspaduras Otro _____

11. ¿Recibio Ud. ayuda médico al tiempo de su lastimadura/accidente? Si No

¿Si asi es, por quien? _____ ¿Que fue hecho? _____

12. ¿Donde fue despues de su lastimadura/accidente? Hospital Centro de emergencia Hogar Doctor de familia

Resumio actividades Trabajo Otro _____

13. ¿Como llego alli? Ambulancia Transporte por auto Anduve Alguien me transporto por auto

14. ¿Si estuvo hospitalizado, por cuanto tiempo? _____ Nombre de hospital _____

15. ¿Ha sido tratado por algun médico o terapeuta por éste daño? Si No

Si asi es, Nombre _____ ¿Donde? _____

16. ¿Que tipo de tratamiento recibio Ud.? _____

17. ¿Le ayudaron los tratamientos? Poco Mucho Lo hizo peor Quedo lo mismo

18. Prescripciones recibidos: Matadores de dolor Relajación de músculo Antibióticos

Sedativos Otro _____

19. MARQUE CUALQUIER SYMPTOMAS QUE HA NOTADO DESDESU LASTIMADURA/ACCIDENTE

Dolor de cabeza

Dolor de pecho

Entumecimiento en los
dedos del pie

Zumbido en los
oidos

Pies fríos

Dolor de cuello

Vértigo

Cortedad de aliento

Perdido de
balanza

Manos frías

Cuello tieso

Cabeza se siente pesada

Fatiga

Debilidad

Indispuesto
del estómago

Problemas de
dormir

Espinas en los brazos

Depresión

Perdido de oler

Estreñimiento

Dolor de espalda

Entumecimiento
en los dedos

Cambios en visión

Perdido de
probar

Sudores fríos

Nerviosidad

Perdida de memoria

Sonido en los oidos

Fiebre

Tensión

Vomitivo

Diarrea

Irritabilidad

20. Aliste cualquier symptomas más _____

21. ¿Ha Ud. perdido tiempo de su trabajo por resulta de esta lastimadura? Si No Fecha _____

22. ¿Tiene Ud. un abogado que lo ha avisado por resulta de ésta lastimadura? Si No

Si asi es, Nombre _____ Teléfono _____

Firma de paciente _____ Fecha _____