

INFORMACIÓN DEL PACIENTENombre: _____ Apellido: _____ 2^{do} Nombre (Inicial): _____

Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Edad: _____ Género: Masculino/Femenino #Seguro Soc.: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Cel: _____ # Casa: _____ Correo Electrónico: _____

Contacto de Emergencia/# de Tel: _____ Relación: Esposo/a Padre _____Historia social: Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a Comprometido/a # de Niños: _____

Médico de Cabecera: _____ Ciudad: _____ # Teléfono: _____

Compañía de Seguro de salud: _____ ID de miembro #: _____ # Grupo: _____

Estado de empleo: *(Marque uno)*

Empleado Trabajador por cuenta propia Estudiante (Tiempo parcial) Estudiante Tiempo Completo
 Jubilado Discapacidad Otro: _____ Educación más alta alcanzada: _____

Pérdida de tiempo: *(Marque uno)* N/A NO hay pérdida de tiempo del trabajo debido a una lesión, actualmente trabajando sin limitaciones NO hay pérdida de tiempo del trabajo debido a una lesión, PERO tiene limitaciones El paciente informa pérdida de tiempo debido a una lesión. Indique el número de día(s) o semana(s);

Fecha de la última vez trabajada: ___/___/___

Nombre del Empleador: _____ Ocupación: _____

Dirección del Empleador: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Horas Trabajadas #: _____ / Semana ¿Nivel de estrés físico en el trabajo? Bajo Medio Alto

Nombre del Abogado: _____ Administrador de caso: _____ # Tel.: _____

HISTORIAL DEL ACCIDENTE

Fecha del daño: ___/___/___

Colisión de vehículos ¿Cuántos coches? _____ Relacionado con el trabajo No relacionado con el trabajo
 Relacionado con deporte Resbalón / Caída Otro: _____

Inmediatamente después del accidente: *(Marque lo que le aplique)* Ambulancia / Paramédicos llamados Diagnósticos realizados Tratado en la escena Medicamentos recetados Transportado al hospital en ambulancia Seguimiento recomendado Fue al hospital por su cuenta Otro: _____

Fecha: ___/___/___ Nombre del hospital: _____ Ciudad: _____ # Tel: _____

Marque en la lista los tipos de pruebas/diagnósticos que se le han realizado en cualquier otra oficina medica de la que haya recibido atención para esta lesión:

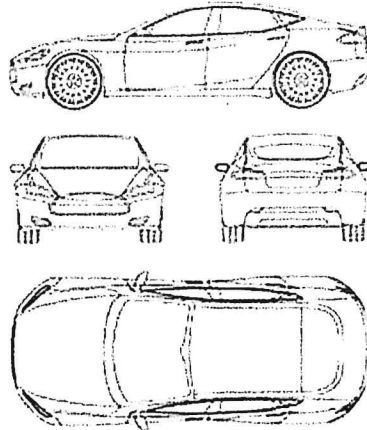
- Rayos X MRI CT scan Gammagrafía ósea Mielograma EMG Discograma Otro _____

¿Dónde? _____ Ciudad: _____ # Tel: _____ Igual que el anterior

Detalles de la colisión:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Conductor | <input type="checkbox"/> Pasajero |
| <input type="checkbox"/> Asiento delantero | <input type="checkbox"/> Asiento trasero |
| <input type="checkbox"/> Sujetado | <input type="checkbox"/> No sujetado |
| <input type="checkbox"/> Conmocionado | <input type="checkbox"/> Coche remolcado |
| <input type="checkbox"/> Cabeza NO golpeó algún objeto | |
| <input type="checkbox"/> Cabeza golpeó algún objeto | |
| <input type="checkbox"/> Bolsas de aire desplegadas | |
| <input type="checkbox"/> Destello de luz visto en el impacto | |
| <input type="checkbox"/> Informe policial realizado | |

Círcula los daños a tu coche.



Tipo de accidente:

- Parte trasera
 T-Bone/Impacto lateral
 De frente
 Construcción de carretera
 Intersección

Describe su accidente:

Mecanismo del daño:

- ¿Te sorprendió el impacto? Sí No
- En relación con la parte posterior de su cabeza estaba su reposacabezas: Bajo Medio Alto
- ¿Hacia dónde estaba su cabeza en el momento del impacto? Izq. Adelante Derecha Desconocido
- ¿Se inclinaba hacia adelante en el momento del impacto? Sí No
- ¿Llevaba puesto el cinturón de seguridad? Sí No
- ¿Quedó inconsciente como resultado del incidente? Sí No (Si "sí", ¿cuánto tiempo? _____)
- ¿Sintió dolor inmediatamente después del incidente? Yes No (Si no, ¿cuándo? _____)

Especificaciones del coche:

- ¿Año y tipo de vehículo en el que estaba? Año: _____ Marca: _____ Modelo: _____
 Pequeño Tamaño mediano Grande Desconocido
- ¿Su velocidad aproximada? _____ MPH
- ¿Año y tipo del otro vehículo? Año: _____ Marca: _____ Modelo: _____
 Pequeño Tamaño mediano Grande Desconocido
- ¿Velocidad aproximada del otro vehículo? _____ MPH

HISTORIAL PERSONAL DE SALUD

Marque si ha tenido alguno de los siguientes síntomas en los últimos 3 años: N/A

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> Antes/Después de la Lesión | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> Antes/Después de la Lesión | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> Antes/Después de la Lesión | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> Antes/Después de la Lesión |
| <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> Fiebres inexplicables | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> Moretones fáciles | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> Dolor de estómago | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> Sangre en la orina |
| <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> Sudores nocturnos | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> Sangrado excesivo | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> Cambios intestinales | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> Rigidez matutina |
| <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> Pérdida de peso 10lbs+ | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> Bulto en: cuello, axila o ingle | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> Diarrea persistente | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> Enrojecimiento de los ojos |
| <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> Pérdida de apetito | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> Dolor/presión en el pecho | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> Estreñimiento excesivo | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> Sensibilidad muscular |
| <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> Fatiga excesiva | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> Tos persistente/inusual | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> Heces negras oscuras | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> Sequedad de ojos o boca |
| <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> Problemas con depresión | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> Dificultad al respirar con ejercicio | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> Heces con sangre | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> Erupciones cutáneas |
| <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> Dificultad para dormir | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> Dificultad al respirar acostado | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> Dolor/ardor al orinar | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> Dolor/hinchazón en las articulaciones |
| <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> Estrés inusual en casa | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> Tos con sangre | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> Dificultad para orinar | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> Ansiedad |
| <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> Estrés inusual en el trabajo | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> Tobillos hinchados | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> Necesidad de orinar con frecuencia | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> Irritabilidad |

Lesiones que puede haber tenido en el pasado: N/A

- | | | | |
|---|-----------------------|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Accidentes de auto | Fecha: ____/____/____ | <input type="checkbox"/> Lesión en la espalda | Fecha: ____/____/____ |
| <input type="checkbox"/> Lesiones Laborales | Fecha: ____/____/____ | <input type="checkbox"/> Caída (severa) | Fecha: ____/____/____ |
| <input type="checkbox"/> Huesos rotos | Fecha: ____/____/____ | <input type="checkbox"/> Fractura | Fecha: ____/____/____ |
| <input type="checkbox"/> Lesión en la espalda | Fecha: ____/____/____ | <input type="checkbox"/> Lesión en la cabeza | Fecha: ____/____/____ |

Enfermedades que alguna vez le han diagnosticado o que ha sufrido: N/A

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Trastorno muscular | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Osteoartritis | <input type="checkbox"/> Sangre al toser |
| <input type="checkbox"/> Trastorno del sistema nervioso | <input type="checkbox"/> Huesos rotos | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Problemas Circulatorios |
| <input type="checkbox"/> Trastorno óseo | <input type="checkbox"/> Problemas intestinales | <input type="checkbox"/> Alcoholismo | <input type="checkbox"/> Problemas renales/vesicales |
| <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide | <input type="checkbox"/> Convulsiones/Convulsiones | <input type="checkbox"/> Toxicomanía | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca |
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Enfermedad congénita | <input type="checkbox"/> Derrame | <input type="checkbox"/> Tumores |
| <input type="checkbox"/> VIH | <input type="checkbox"/> Sangrado excesivo | <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Depresión |
| <input type="checkbox"/> Problemas de la vesícula biliar | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Ulcera | <input type="checkbox"/> Infección de oído/garganta |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Presión arterial baja | <input type="checkbox"/> Hernias | <input type="checkbox"/> Marcapasos |

He visto al siguiente médico / profesional para esta condición: N/A

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Quiropráctico _____ | Fecha de la última visita: ____/____/____ |
| <input type="checkbox"/> Masajista _____ | Fecha de la última visita: ____/____/____ |
| <input type="checkbox"/> Ortopedista _____ | Fecha de la última visita: ____/____/____ |
| <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta _____ | Fecha de la última visita: ____/____/____ |
| <input type="checkbox"/> Médico _____ | Fecha de la última visita: ____/____/____ |
| <input type="checkbox"/> Psychiatrist/Psych. _____ | Fecha de la última visita: ____/____/____ |
| <input type="checkbox"/> Acupuncture _____ | Fecha de la última visita: ____/____/____ |

Cirugías que puede haber tenido para esta afección: N/A

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Discectomía Fecha: ____/____/____ | <input type="checkbox"/> Laminectomía Fecha: ____/____/____ | <input type="checkbox"/> Fusión Fecha: ____/____/____ |
|--|---|---|

Seleccione todos los tratamientos que ha tenido para esta condición: N/A

- Hielo Calor/Ultrasonido Estimulación eléctrica Ejercicios Reposo en cama
- Masaje Quiropráctica Osteopatía Inyecciones Acupuntura Naturopatía
- Tracción/Descompresión Otro: _____

MEDICAMENTOS QUE SE ESTÁN TOMANDO ACTUALMENTE

Ninguno

Seleccione todos los que correspondan:

- Fumador/a No fumador/a Bebe Alcohol Socialmente No bebe alcohol

Pacientes femeninas:

Ciclo menstrual más reciente: Fecha: ____/____/____ ¿Embarazada? _____ Semanas

HISTORIA FAMILIAR

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Trastorno muscular | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Osteoartritis | <input type="checkbox"/> Sangre al toser |
| <input type="checkbox"/> Trastorno del sistema nervioso | <input type="checkbox"/> Huesos rotos | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Problemas Circulatorios |
| <input type="checkbox"/> Trastorno óseo | <input type="checkbox"/> Problemas intestinales | <input type="checkbox"/> Alcoholismo | <input type="checkbox"/> Problemas renales/vesicales |
| <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide | <input type="checkbox"/> Convulsiones/Convulsiones | <input type="checkbox"/> Toxicomanía | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca |
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Enfermedad congénita | <input type="checkbox"/> Derrame | <input type="checkbox"/> Tumores |
| <input type="checkbox"/> VIH | <input type="checkbox"/> Sangrado excesivo | <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Depresión |
| <input type="checkbox"/> Problemas de la vesícula biliar | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Ulcera | <input type="checkbox"/> Infección de oído/garganta |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Presión arterial baja | <input type="checkbox"/> Hernias | <input type="checkbox"/> Marcapasos |

LESIONES ACTUALES

¿Cuándo aparecieron sus síntomas? Fecha: ____/____/____ ¿Está empeorando esta condición? Sí No

Actividades o movimientos que son difíciles / dolorosos de realizar:

- Sentado/a Estar de pie Caminando Agachándose Acostado/a

Marque su dolor en la escala inferior de 0 a 10:

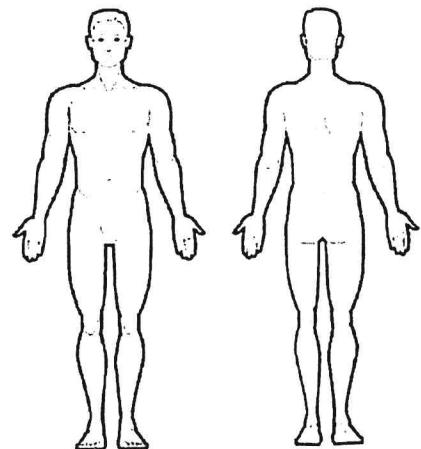
(Inmóvil) ☺ Sin dolor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☹ Dolor extremo ¿Con qué frecuencia es el dolor? Constante Intermitente

(Con actividad) ☺ Sin dolor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☹ Dolor extremo Frecuente Ocasional

Descripción del dolor: (Circula lo que le aplique.)

- | | |
|----------------|------------------------|
| (DL) Leve | (SO) Adolorido |
| (A) Achy | (T) Apretado |
| (S) Afilado | (P) Alfileres y agujas |
| (SB) Punzante | (ST) Puñalado |
| (AY) Molesto | (SF) Tieso |
| (B) Ardiente | (TH) Palpitante |
| (W) Débil | (SP) Superficial |
| (N) Entumecido | (H) Caliente |
| (TG) Hormigueo | (C) Frío |
| (D) Profundo | Other: _____ |

Circula las áreas de tu dolor:



SOLO PARA USO MÉDICO. VAYA A LA PÁGINA 7.

HEENT

- The patient is normocephalic, non-traumatic
- Pupils are equal, round and reactive to light & accommodation
- TM's are clear

GASTROINTESTINAL

- Abdomen is soft, non-tender
- Bowel sounds are normoactive
- No history or present complaints regarding gastrointestinal system

CARDIOVASCULAR/PULMONARY

- No complaints or history of heart murmur, blood pressure Problems, or other vascular disorders
- Heart exam reveals a regular rate with no murmurs, gallops or rubs
- Lungs are clear to percussion and auscultation

Blood Pressure

Pulse Rate

GRIP STRENGTH

- Test 1 Right _____ Left _____ With Pain on R L
- Test 2 Right _____ Left _____ Without Pain
- Test 3 Right _____ Left _____

NEUROLOGICAL EXAMINATION

- Cranial nerves II-IX are grossly intact
- Romberg's Test
- Cerebellum function is grossly within normal limits
- Patient is alert and oriented to time, place, and person
- Reflexes are equal and reactive bilaterally in both upper and lower extremities and are +2
- Wartenberg's pinwheel testing showed HYPERESTHESIA / HYPOESTHESIA at dermatomal distributions _____ on the RIGHT / LEFT
- Sensation intact to all primary modalities
- Patient can heel and toe walk without difficulty
- Toes are down going pathological reflex is absent for Babinski Sign
- Motor testing of the upper extremities normal
- Motor testing of the lower extremities normal

UROGENITAL

- There is no complaint of frequency, urgency, or difficulty with urination.

ORTHOPEDIC EXAMS

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Adson's Maneuver: | <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right <input type="checkbox"/> Bilateral <input type="checkbox"/> NA | <input type="checkbox"/> Max Cervical Comp: | <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right <input type="checkbox"/> Bilateral <input type="checkbox"/> NA |
| <input type="checkbox"/> Apley's Compression | <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right <input type="checkbox"/> Bilateral <input type="checkbox"/> NA | <input type="checkbox"/> McMurray's Test: | <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right <input type="checkbox"/> Bilateral <input type="checkbox"/> NA |
| <input type="checkbox"/> Apley's Distraction | <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right <input type="checkbox"/> Bilateral <input type="checkbox"/> NA | <input type="checkbox"/> Mill's Test: | <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right <input type="checkbox"/> Bilateral <input type="checkbox"/> NA |
| <input type="checkbox"/> Braggard's Sign: | <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right <input type="checkbox"/> Bilateral <input type="checkbox"/> NA | <input type="checkbox"/> O'Donohue Test: | <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right <input type="checkbox"/> Bilateral <input type="checkbox"/> NA |
| <input type="checkbox"/> Cervical Distraction: | <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right <input type="checkbox"/> Bilateral <input type="checkbox"/> NA | <input type="checkbox"/> Patrick's Test: | <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right <input type="checkbox"/> Bilateral <input type="checkbox"/> NA |
| <input type="checkbox"/> Cozen's Test: | <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right <input type="checkbox"/> Bilateral <input type="checkbox"/> NA | <input type="checkbox"/> Phalen's Test: | <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right <input type="checkbox"/> Bilateral <input type="checkbox"/> NA |
| <input type="checkbox"/> Deep Inhalation Chest Test: | <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right <input type="checkbox"/> Bilateral <input type="checkbox"/> NA | <input type="checkbox"/> Schepelmann's Sign Test: | <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right <input type="checkbox"/> Bilateral <input type="checkbox"/> NA |
| <input type="checkbox"/> Drawer's Test: | <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right <input type="checkbox"/> Bilateral <input type="checkbox"/> NA | <input type="checkbox"/> Shoulder Depression Test: | <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right <input type="checkbox"/> Bilateral <input type="checkbox"/> NA |
| <input type="checkbox"/> Dugas' Test: | <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right <input type="checkbox"/> Bilateral <input type="checkbox"/> NA | <input type="checkbox"/> Straight Leg Raiser Test: | <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right <input type="checkbox"/> Bilateral <input type="checkbox"/> NA |
| <input type="checkbox"/> Ely's Heel Buttock Test: | <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right <input type="checkbox"/> Bilateral <input type="checkbox"/> NA | <input type="checkbox"/> Supraspinatus Press Test: | <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right <input type="checkbox"/> Bilateral <input type="checkbox"/> NA |
| <input type="checkbox"/> Finklestein's Test: | <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right <input type="checkbox"/> Bilateral <input type="checkbox"/> NA | <input type="checkbox"/> Soto-Hall Test: | <input type="checkbox"/> Positive <input type="checkbox"/> Negative |
| <input type="checkbox"/> George's Test: | <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right <input type="checkbox"/> Bilateral <input type="checkbox"/> NA | <input type="checkbox"/> Tinel's Test: | <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right <input type="checkbox"/> Bilateral <input type="checkbox"/> NA |
| <input type="checkbox"/> Hoover's Sign | <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right <input type="checkbox"/> Bilateral <input type="checkbox"/> NA | <input type="checkbox"/> Thessaly's Test: | <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right <input type="checkbox"/> Bilateral <input type="checkbox"/> NA |
| <input type="checkbox"/> Kemp's Test: | <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right <input type="checkbox"/> Bilateral <input type="checkbox"/> NA | <input type="checkbox"/> Valgus Stress Test: | <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right <input type="checkbox"/> Bilateral <input type="checkbox"/> NA |
| <input type="checkbox"/> Lasegue's SLR Test: | <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right <input type="checkbox"/> Bilateral <input type="checkbox"/> NA | <input type="checkbox"/> Valsalva Maneuver: | <input type="checkbox"/> Positive <input type="checkbox"/> Negative |
| <input type="checkbox"/> Magnuson's Test: | <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right <input type="checkbox"/> Bilateral <input type="checkbox"/> NA | <input type="checkbox"/> Yergason's Test: | <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right <input type="checkbox"/> Bilateral <input type="checkbox"/> NA |
| <input type="checkbox"/> Mankopf's Sign: | <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right <input type="checkbox"/> Bilateral <input type="checkbox"/> NA | <input type="checkbox"/> Other: _____ | <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right <input type="checkbox"/> Bilateral <input type="checkbox"/> NA |

- The performance of the malingering exams were negative and/or were not performed due to the positive integrity of the patient and/or due to the absence of examiner perceived needed.

CERVICAL	Restrictive	Degree	Normal	Pain
Flexion	<input type="checkbox"/>		50	
Extension	<input type="checkbox"/>		60	
Left Lat Flex	<input type="checkbox"/>		45	
Rt Lat Flex	<input type="checkbox"/>		45	
Left Rot	<input type="checkbox"/>		80	
Rt Rot	<input type="checkbox"/>		80	

LUMBAR	Restrictive	Degree	Normal	Pain
Flexion	<input type="checkbox"/>		50	
Extension	<input type="checkbox"/>		25	
Left Lat Flex	<input type="checkbox"/>		25	
Rt Lat Flex	<input type="checkbox"/>		25	
Left Rot	<input type="checkbox"/>		30	
Rt Rot	<input type="checkbox"/>		30	

SPINAL EXAMS

Spinal examination consisted of static and motion palpation of the cervical, thoracic, lumbar, and pelvis (all or separate).

It included:

- Intervertebral joint play analysis
- Comparative leg length analysis
- Range of Motion Evaluation

ARTICULAR DYSFUNCTION

These articular dysfunctions are associated & accompanied by:

- Joint Edema
- Joint Capsulitis
- Deep & Superficial Myospasms
- There is muscle splinting and tenderness upon digital palpation at the levels of articular dysfunction.
- There is pain on percussion of the spinous processes at these levels as well.

The examination revealed dysfunctions/vertebral subluxations at the following levels:

C 1 2 3 4 5 6 7 T 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 L 1 2 3 4 5 Sacrum Ilium R L

There are myofascial trigger points located in the following musculature:

Radiology:

UPPER EXTREMITY:

LOWER EXTREMITY:

OTHER:

CAUSATION:

In my opinion, the above diagnoses are a direct result of the date of the incident noted above.

Are your findings and diagnosis consistent with patient's account of injury or onset of illness?

Yes No If "no," please explain:

Is there any other current condition that will impede or delay the patient's recovery?

Yes No If "yes," please explain:

PLAN RECOMMENDATIONS:

- 4 times/week
- 3 times/week
- 2 times/week
- Once a week
- Every 2 weeks
- Once a month

_____ Visits

Patient will be re-evaluated in:

- One month
- 1 week
- 2 weeks
- 3 weeks

Chiropractic adjustments (CMT), Activator (ACT), Neuromuscular Re-Education (NR), Joint Mobilization (JM), Myofascial Release (MR), Intersegmental Traction (IT), Electrical Stimulation (EMS), Mechanical Massage (MM), Ultrasound (US), Diathermy (D), Hot/Cold Pack (HP/CP), Interferential (ITF), Transcutaneous Nerve Stimulation (TENS), Infrared (IF), Therapeutic Exercises/Outside Office (TE)/(TEO), Physician's Education Group (PEG)

The patient's condition has stabilized. I have recommended periodic chiropractic check-ups in order to maintain the patient's progress.

Sheridan Chiropractic, Inc.

Shamus Sheridan, D.C. | Sean Sheridan, D.C.

EVALUACIÓN DEL TRAUMA DE CABEZA

Nombre del paciente: _____

Marque los síntomas que tiene actualmente y que no tenía antes del accidente.

Síntomas Neurológicos

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Entumecimiento/Hormigueo/Mano | I | D | <input type="checkbox"/> Debilidad Brazo/Mano | I | D |
| <input type="checkbox"/> Entumecimiento/Hormigueo Pierna/Pie | I | D | <input type="checkbox"/> Debilidad Pierna/Pie | I | D |

Síntomas Asociados Con Lesiones

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Problemas de Movimiento | <input type="checkbox"/> Interrupción de Sueño |
| <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza | <input type="checkbox"/> Irradiando Dolor |
| <input type="checkbox"/> Espasmos Musculares | <input type="checkbox"/> Ansiedad |
| <input type="checkbox"/> Mareos | <input type="checkbox"/> Depresión |
| <input type="checkbox"/> Trastornos Visuales | <input type="checkbox"/> Estoy Tomando Medicina |

Síntomas Del Cerebro / Neuropsiquia / MTBI

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Querer Estar Solo | <input type="checkbox"/> Cambio de Personalidad |
| <input type="checkbox"/> Somnolencia | <input type="checkbox"/> No Puedo Recordar Números |
| <input type="checkbox"/> Náuseas / Vómitos | <input type="checkbox"/> Problemas de Lectura |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para Concentrarse | <input type="checkbox"/> Problemas de Escritura |
| <input type="checkbox"/> Soñar Despierto / Mirar Sin Sentido | <input type="checkbox"/> Dificultad para Sumar / Restar |
| <input type="checkbox"/> Cambios De Humor | <input type="checkbox"/> Mala Atención |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para Aprender Cosas Nuevas | <input type="checkbox"/> Dificultad para Entender |
| <input type="checkbox"/> Agitación | <input type="checkbox"/> Tristeza O Lágrimas |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para Recordar Cosas | <input type="checkbox"/> Borrosa / Visión Doble |
| <input type="checkbox"/> Volver a Leer Cosas para Entender | <input type="checkbox"/> Ira |
| <input type="checkbox"/> Desorientado | <input type="checkbox"/> Dificultad para Tomar Decisiones |
| <input type="checkbox"/> Confundido | <input type="checkbox"/> Cambio en el Funcionamiento Sensual |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para Hablar | <input type="checkbox"/> Reducción de la Confianza |
| <input type="checkbox"/> Sentimientos de Aislamiento de los Demás | <input type="checkbox"/> Impotencia |
| <input type="checkbox"/> Problemas de Atención | <input type="checkbox"/> Apatía (No Me Importa) |
| <input type="checkbox"/> Cambio de Apetito | <input type="checkbox"/> Irritable |
| <input type="checkbox"/> Diferentes Tamaños de Alumnos | <input type="checkbox"/> Cambio en el Sentido del Gusto |
| <input type="checkbox"/> Olor a Fatiga | <input type="checkbox"/> Retrocesos al Accidente |
| <input type="checkbox"/> Las Habitaciones Giran / Sensación de Mareo | <input type="checkbox"/> Impaciencia |
| <input type="checkbox"/> Problemas de Equilibrio | <input type="checkbox"/> Frustración |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para Caminar | <input type="checkbox"/> Problemas De Audición |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para Enfocarse / Distraerse Fácilmente | <input type="checkbox"/> Dificultad para Planificar la Organización |

Sheridan Chiropractic, Inc.

26900 Newport Rd. Ste. 110, Menifee, CA 92584 | P. (951) 672-8060 | F. (951) 672-7490
Shamus Sheridan, D.C. | Sean Sheridan, D.C.

AVISO DE EMBARGO PREVENTIVO DEL MÉDICO

Paciente: _____

Fecha del Accidente: _____

Por la presente autorizo a **Sheridan Chiropractic, Inc.**, a proporcionarle a usted, mi abogado, un informe completo de su examen, diagnóstico, tratamiento, pronóstico, etc., de mí mismo con respecto al accidente en el que estuve involucrado recientemente.

Por la presente, autorizo y le ordeno a usted, mi abogado, que pague directamente a dicho médico las sumas adeudadas y que le deba los servicios médicos prestados, tanto por este accidente como por cualquier otra factura que sea debido a su oficina y que retenga tales sumas de cualquier acuerdo, sentencia o veredicto que sea necesario para proteger y compensar adecuadamente a dicho médico. Y por la presente doy además un embargo preventivo sobre mi caso a dicho médico en contra de todos y cada uno de los beneficios de mi acuerdo, sentencia o veredicto que pueda pagarle a usted, a mi abogado o a mí mismo, como resultado de las lesiones por las cuales he sido tratados o lesiones en relación con los mismos.

Entiendo completamente que soy directa y totalmente responsable ante dicho médico por todas las facturas médicas que él envió por los servicios prestados y que este acuerdo se realiza únicamente para la protección adicional de dicho médico en consideración a su pago pendiente. Además, entiendo que dicho pago no depende de ningún acuerdo, juicio o veredicto por el cual eventualmente pueda recuperar dicha tarifa.

Acepto notificar de inmediato a dicho médico sobre cualquier cambio o adición de abogado(s) utilizado por mí en relación con este accidente, y le indico a mi abogado que haga lo mismo y que entregue de inmediato una copia de este derecho de retención a dicho abogado sustituido(s).

Confirme esta carta firmando a continuación y regrésese al consultorio de el médico. Me han informado que si mi abogado no desea cooperar en la protección de los intereses de los médicos, el médico no esperará el pago y puede declarar el saldo total a pagar.

Fecha: _____

Firma de el Paciente

Nombre de el Paciente

El abajo firmante, abogado de registro para el paciente mencionado anteriormente, acepta por la presente cumplir con todos los términos de lo anterior y acepta retener tales sumas de cualquier acuerdo, sentencia o veredicto, según sea necesario para proteger adecuadamente y compensar por completo a dicho médico nombrado arriba. El abogado acuerda además que, en caso de litigio sobre este derecho de retención, la parte que prevalezca recibirá honorarios y costos de abogado.

Fecha: _____

Firma de el Abogado

Nombre de el Abogado y Empresa

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

PARA EL PACIENTE: Lea este documento completo antes de firmarlo. Es importante que comprenda la información contenida. Haga preguntas antes de firmar si hay algo que no esté claro.

La naturaleza del ajuste quiropráctico: El tratamiento principal utilizado por los médicos quiroprácticos es la terapia de manipulación espinal. Sheridan Chiropractic utilizará este procedimiento para tratarlo/a. Los médicos pueden usar las manos o instrumentos mecánicos sobre su cuerpo para mover las articulaciones. Eso puede causar un "pop" o un "clic" audible, como lo ha experimentado cuando se "crujen" los nudillos. Puede sentir una sensación de movimiento.

Análisis / Examen / Tratamiento: Como parte del análisis, examen y tratamiento, doy mi consentimiento para lo siguiente: INICIE CADA PROCEDIMIENTO QUE ACEPTÉ.

- Terapia de Manipulación Espinal, Palpación, Signos Vitales, Pruebas Neurológicas Básicas, Prueba de Fuerza Muscular, Prueba de Rango de Movimiento, Prueba de Análisis Postural, Estimulación Muscular Eléctrica, Pruebas Ortopédicas

Los riesgos inherentes al ajuste quiropráctico: Al igual que con cualquier procedimiento de atención médica, existen ciertas complicaciones que pueden surgir durante la manipulación y la terapia quiropráctica. Estas complicaciones incluyen, entre otras: fracturas, lesiones de disco, dislocaciones, distensión muscular, mielopatía cervical, separaciones costovertebrales y quemaduras. Algunos tipos de manipulación del cuello se han asociado con lesiones en las arterias del cuello que conducen o contribuyen a complicaciones graves, incluido el accidente cerebrovascular. Algunos pacientes sentirán algo de rigidez y dolor después de los primeros días de tratamiento. El médico hará todos los esfuerzos razonables durante el examen para detectar contraindicaciones para la atención; sin embargo, si tiene una afección que de otro modo no llamaría la atención del médico, es su responsabilidad informar al médico.

La probabilidad de que ocurran esos riesgos: Las fracturas son ocurrencias raras y generalmente son el resultado de alguna debilidad subyacente del hueso que verificamos durante la toma de su historial y durante el examen y las radiografías. El accidente cerebrovascular y / o disección arterial causados por la manipulación quiropráctica del cuello ha sido objeto de investigación y debate médicos en curso. La investigación más actual sobre el tema no es concluyente en cuanto a un incidente específico de ocurrencia de esta complicación. Si existe una relación causal, es extremadamente rara y remota. Desafortunadamente, no existe un procedimiento de detección reconocido para identificar a los pacientes con dolor de cuello que corren el riesgo de sufrir un accidente cerebrovascular arterial.

- La disponibilidad y naturaleza de otras opciones de tratamiento: Otras opciones de tratamiento para su afección pueden incluir: Analgésicos autoadministrados de venta libre y reposo, Atención médica y medicamentos recetados como antiinflamatorios, relajantes musculares y analgésicos, Hospitalización, Cirugía

Si elige utilizar una de las opciones de tratamiento mencionadas anteriormente, debe tener en cuenta que existen riesgos y beneficios de dichas opciones y es posible que desee analizarlos con su médico de cabecera.

Los riesgos y peligros que conlleva no recibir tratamiento: Si no se trata, puede permitir la formación de adherencias y reducir la movilidad, lo que puede provocar una reacción de dolor y reducir aún más la movilidad. Con el tiempo, este proceso puede complicar el tratamiento, haciéndolo más difícil y menos efectivo cuanto más se posponga.

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE UN MENOR

Por la presente solicito y autorizo a Sheridan Chiropractic a realizar pruebas de diagnóstico y realizar ajustes quiroprácticos y otros tratamientos a [Nombre]. Esta autorización también se extiende a todos los demás médicos y miembros del personal del consultorio y está destinada a incluir un examen radiográfico a discreción del médico.

A partir de esta fecha, tengo el derecho legal de seleccionar y autorizar los servicios de atención médica para el menor mencionado anteriormente. Si corresponde, según los términos y condiciones de mi divorcio, separación u otra autorización legal, no se requiere el consentimiento de un cónyuge / ex cónyuge u otro padre. Si mi autoridad para seleccionar y autorizar este cuidado fuera revocada o modificada de alguna manera, notificaré inmediatamente a esta oficina.

NO FIRME HASTA QUE HAYA LEÍDO Y COMPRENDIDO LO ANTERIOR. POR FAVOR FIRME Y FECHA A CONTINUACIÓN DONDE SEA APROPIADO.

He leído o me han leído la explicación anterior del ajuste quiropráctico y el tratamiento relacionado. Lo he discutido con Sheridan Chiropractic y mis preguntas han sido respondidas satisfactoriamente. Al firmar a continuación, declaro que he sopesado los riesgos que implica someterme al tratamiento y he decidido que me conviene someterme al tratamiento recomendado. Habiendo sido informado de los riesgos, por la presente doy mi consentimiento para cualquier tratamiento que me brinden Sheridan Chiropractic, sus médicos y el personal.

Form fields for patient name, doctor name, and signatures of patient, parent, and doctor.

CÓMO PROTEGEMOS SU INFORMACIÓN MÉDICA PRIVADA

Mi "información médica protegida" (IMP) significa información médica personal, incluyendo mi información demográfica, recopilada de mí y / o creada o recibida por mi médico, asistente médico u otro proveedor de atención médica. La IMP puede relacionarse con mi salud o condición física o mental pasada, presente o futura que me identifica, o existe una base razonable de que la información pueda identificarme.

Doy mi consentimiento para el uso o divulgación de mi IMP por Sheridan Chiropractic, Inc. o cualquier dueño, empleado, contratista u otro representante del mismo (colectivamente, "Sheridan Chiropractic"), con el propósito de diagnosticarme o brindarme tratamiento, obtener pago por mis facturas de atención médica o realizar operaciones de atención médica de Sheridan Chiropractic. Entiendo que Sheridan Chiropractic puede negarse a diagnosticarme o tratarme, si no doy mi consentimiento para el uso o la divulgación de mi IMP para los fines mencionados anteriormente. Mi firma en este documento establece mi consentimiento para el uso o la divulgación de mi IMP para los fines mencionados anteriormente.

Entiendo que tengo derecho a solicitar una restricción en cuanto a cómo se utiliza o divulga mi IMP para llevar a cabo el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica por Sheridan Chiropractic. Sheridan Chiropractic no tiene la obligación de aceptar las restricciones que yo pueda solicitar. Sin embargo, si Sheridan Chiropractic acepta una restricción que solicito, la restricción es vinculante para Sheridan Chiropractic.

Entiendo que tengo derecho a revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad de la oficina antes de firmar este documento. Se me ha proporcionado el Aviso de Privacidad de Sheridan Chiropractic. El Aviso de Prácticas de Privacidad de Sheridan Chiropractic describe el tipo de usos y divulgaciones de mi IMP que ocurrirán en mi tratamiento, pago de mis facturas o en el desempeño de operaciones de atención médica por parte de la oficina de Sheridan Chiropractic. El Aviso de Prácticas de Privacidad también describe mis derechos y los deberes de Sheridan Chiropractic con respecto a mi IMP.

Reconozco y entiendo que Sheridan Chiropractic tiene derecho a cambiar las prácticas de privacidad descritas en el Aviso de Prácticas de Privacidad de Sheridan Chiropractic. Puedo obtener un aviso revisado de las prácticas de privacidad comunicándome con el Oficial de Privacidad de Sheridan Chiropractic por correo electrónico a dd.sheridanchiro@gmail.com para solicitar que se envíe una copia impresa por correo o solicitando una en el momento de mi próxima cita.

Tengo derecho a revocar este consentimiento, por escrito, excepto en la medida en que Sheridan Chiropractic haya tomado medidas basándose en este acuerdo.

He leído, o me han leído, el consentimiento anterior. También tuve la oportunidad de hacer preguntas sobre las Políticas de Privacidad de Sheridan Chiropractic, y todas mis preguntas han sido respondidas completa y satisfactoriamente.

Nombre del Paciente (Letra Molde): _____

Fecha: _____

Firma del Paciente: _____

Firma del Testigo: _____

Fecha: _____

AUTHORIZATION TO RELEASE RECORDS

Sheridan Chiropractic, Inc.

Shamus Sheridan, D.C. | Sean Sheridan, D.C. | John Chapman, D.C. | Donald Barry, D.C.

REQUESTING FACILITY:

26900 Newport Rd. Ste. 110
Menifee, CA 92584
P. (951) 672-8060
F. (951) 672-7490

1485 Spruce St. Ste. I
Riverside, CA 92507
P. (951) 462-1285
F. (951) 462-1308

Patient: _____

P: _____

DOB: ____ / ____ / ____

DOI: ____ / ____ / ____

REQUEST SENT TO:

HIM/Medical Records: _____

P.

F.

REQUESTED INFORMATION:

X-Ray Image(s)

MRI Report(s)

Other: All medical records from
to present

Email to: riverside@sheridanchiro.net

Patient Signature: _____

Date: ____ / ____ / ____

NOTE: IF PATIENT IS UNDER 18 YEARS OF AGE AND IS NOT AN EMANCIPATED MINOR THE PARENT OR GUARDIAN MUST SIGN.