

Vance Chiropractic Center

(PLEASE BE VERY SPECIFIC WITH YOUR ANSWERS. THANK YOU!!)(POR FAVOR, SAE MUY ESPECIFICO CON SUS RESPUESTAS GRACIAS!)

LAST NAME: _____ FIRST NAME: _____ MIDDLE: _____
APELLIDO _____ NOMBRE _____ SEGUNDO NOMBRE _____

HOME PHONE: _____ WORK PHONE: _____
TELEFONO DE LA CASA _____ TELEFONO DEL TRABAJO _____

STREET ADDRESS AND NUMBER: _____
DIRECCION _____

MAILING ADDRESS IF DIFFERENT: _____
DIRECCION PARA ENVIOS SI ES DIFERENTE _____

CITY, STATE, AND ZIP: _____
CIUDAD, ESTADO Y CONDIGO POSTAL _____

AGE: _____ DATE OF BIRTH: _____ SOCIAL SECURITY # _____
EDAD _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ # DE SEGURO SOCIAL _____

SEX: MALE FEMALE: # OF CHILDREN: _____ MARRIED SINGLE WIDOWED DIVORCED SEPERATED
SEXO MASCULINO FEMENINO : # DE HIJOS CASADO /A SOLTERO/ A VIUDO/A DIVORCIADO / A SEPARDO / A

OCCUPATION: _____ EMPLOYER: _____
OCUPACION _____ EMPLEADOR _____

DRIVERS LICENSE #: _____ STATE: _____
#DE LICENCIA _____ ESTADO _____

IN CASE OF EMERGENCY, PLEASE CONTACT (INCLUDE PHONE): _____
EN CASO DE EMERGENCIA, POR FAVOR CONTACTAR A (# DE TELEFONO) _____

DO YOU HAVE AN ATTORNEY REPRESENTING YOU FOR YOUR ACCIDENT?: YES NO
TIENE USTED ALGUN ABOGADO QUE LO REPRESENTA POR EL ACCIDENTE? SI NO

IF YES, WHO?: _____
(SI LO TIENE INDIQUE EL NOMBRE)

1. CHIEF COMPLAINT: MOLESTIA PRINCIPAL:

Describe your current complaint that you are requesting evaluation and treatment from this office. Please check the symptoms that you have since the accident:

Describa su molestia actual por la que esta requiriendo evaluacion y tratamiento en esta oficina. Por favor verifique los sintomas que usted tiene desde el accidente:

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Headaches
Dolor De Cabeza | <input type="checkbox"/> Pain across Shoulder Blades
Dolor a traves de los Omoplatos | <input type="checkbox"/> Loss of Memory
Perdida de la Memoria | <input type="checkbox"/> Constipation
Estrenimiento |
| <input type="checkbox"/> Neck Pain/ Stiffness
Dolor en el Cuello / torticollis | <input type="checkbox"/> Numbness in toes
Adormecimiento en los dedos de los pies | <input type="checkbox"/> Dizziness
Mareo | <input type="checkbox"/> Pain Behind Eyes
Dolor detras de los Ojos |
| <input type="checkbox"/> Mid Back Pain
Dolor en el Medio de la espalda | <input type="checkbox"/> Arm/Leg Weakness
Debilidad Brazos / Piernas | <input type="checkbox"/> Numbness in Fingers
Entumecimiento en los Dedos | <input type="checkbox"/> Clicking/ Popping Jaw
Sonidos en la Manibula |
| <input type="checkbox"/> Low Back Pain
Dolor en la parte baja de la espalda | <input type="checkbox"/> Sleeping Problems
Problemas para dormir | <input type="checkbox"/> Fainting
Desmayos | <input type="checkbox"/> Facial Pain
Dolor Facial |
| <input type="checkbox"/> Arm Pain
Dolor en Brazos | <input type="checkbox"/> Eyes Light Sensitive
Ojos Sensibles a la Luz | <input type="checkbox"/> Breath Shortness
Falla respiratoria | <input type="checkbox"/> Irritability
Irritabilidad |
| <input type="checkbox"/> Leg Pain
Dolor de piernas | <input type="checkbox"/> Fatigue
Fatiga | <input type="checkbox"/> Ringing / Buzzing
Sonidos en el oido | <input type="checkbox"/> Loss of Balance
Perdida del equilibrio |
| <input type="checkbox"/> Muscle Spasm / Cramping
Calambre Muscular | <input type="checkbox"/> Depression
Depression | <input type="checkbox"/> Chest Pain
Dolor en el pecho | <input type="checkbox"/> Cold Feet
Pie Frio |

HISTORY: HISTORIA

2. Cual fue el dia del accidente _____ Hora: _____ AM/PM

3. Usted estaba manejando o Era el Pasajero

4. Si usted era el pasajero donde estaba sentado _____

5. Carros que estuvieron envueltos en el accidente Ano, Tipo, Modelo, and Velocidad.

Su carro Ano _____ Tipo _____ Modelo _____ Velocidad _____

Otro carro Ano _____ Tipo _____ Modelo _____ Velocidad _____

Otro carro Ano _____ Tipo _____ Modelo _____ Velocidad _____

6. Tipo de accidente: Dirijia el accidente Choque ancho de lado Impacto de frente
 Impacto trasero No choque

7. Por favor describa el accidente en sus propias palabras!(Sea muy especifico!!)

Head/Body Position at the time of impact:

Posicion Cabeza/Cuerpo al momento del impacto:

Head Turned left
Cabeza Volteada a la izquierda

Head turned right
Cabeza volteada a la derecha

Body rotated left
Cuerpo rotado a la izquierda

Head looking Back
Cabeza Viendo hacia atras

Body rotated right
Cuerpo rotado a la derecha

Other: _____
Otra

Head straight forward
Cabeza recta hacia adelante

Body straight in sitting position
Cuerpo sentado derecho

10. How fast do you estimate the other car was going? _____ mph
Que tan rapido estima usted que iba el otro carro?

11. Were you wearing your seat belt? Yes No
Usaba usted el cinturón de seguridad? Si NO

12. Did you see the accident coming? Yes No
Sabia que el accidente iba a ocurrir? Si No

13. Did you brace yourself for impact? Yes No
Acomodo su cuerpo para el impacto? Si No

Upon Impact, do you recall striking any objects inside the car? Yes No
Durante el impacto recuerda usted haberse golpeado con algun objeto dentro del carro? Si No

If yes, what objects did you strike? _____
Si asi fue, que objeto golpeo?

15. Please describe what symptoms you felt: _____
Por favor describa que sintomas sintio:

Immediately after the accident: _____
Inmediatamente despues del accidente:

Later that Day: _____
Ese dia mas tarde:

The next day: _____
Al siguiente dia:

16. Did you seek medical help immediately after the accident? Yes No
Busco usted ayuda medica inmediatamente despues del accidente? Si No

If Yes, Where have you been treated for this injury prior to presenting to this office for care? _____
De Si? Donde fue tratado en los primeros auxilios al presentarse en esta oficina para su cuidado?

If So, how did you get there? Ambulance Police I drove my own car Someone else drove me Other _____
Der ser asi como hasta alla? Ambulancia Policia mi Carro Otro

17. Who was the 1st doctor that treated you?
Quien fue el primer Doctor Que lo trato?
Name: / Nombre: _____

Date Seen: / Fecha Atendido: _____

Were you examined? / Fue usted examinado? Yes/Si No/No

Were X-Rays Taken? Yes/Si No/No X-Rays: Sitting/ Sentado or/ o Standing/ parado

Letomaron Rayos X

Did you Receive Treatment? Yes/ Si No/ No Medication Braces Collar
Recibio algun tratamiento?

If Yes, what kind of treatment did you receive? _____
Si asi fue, que clase de tratamiento recibio usted?

What benefits did you receive from the treatment? _____
Que beneficios recibio usted del tratamiento?

18. Since the accident, are conditions becoming: BETTER WORSE SAME
Desde el accidente, las condiciones estan siendo: Mejores Peores iguales

19. Describe your symptoms CONSTANT COMES AND GOES
Describe sus sintomas constante Viene y se va

20. What relieves your symptoms? _____
Que alivia sus sintomas?

21. What aggravates your symptoms? _____
Que agrava sus sintomas?

22. Road conditions at the time of the accident. Icy Rainy Wet Clear Dark Other (Describe)
Condiciones del camino al momento del accidente Hielo Lluvioso Mojado Claro Obscure Otro (Describa)

23. Visibility at the time of the accident? Poor Fain Good Other: _____
Visibilidad al momento del accidente? Poca Despejada Buena Otra

24. Where was your car struck? _____
Donde Fue Golpeado su carro?

25. Were you wearing a hat or glasses? Yes No If Yes, where were they located after the accident? _____
Usaba usted sombrero o lentes? Si No Der ser asi, donde fueron encontrados despues del accidnete?

26. Did you get any bleeding cuts Yes No If yes, Where? _____
Obtuvo usted alguna herida cortada Si No De ser asi, donde?

27. Did you get any bruises? Yes No If yes, where? _____
Obtuvo usted algunas contusiones Si No der ser asi, donde?

28. As a result of the accident you were: Rendered unconscious In shock Dazed, circumstances vague Other _____
Como resultado del accidente quedo usted: Inconciente Conmocionado aturrido en imprecisas circunstancias Otro

29. What Medications are you currently taking? _____
Que medicamento esta usted tomando actualmente _____

PAST MEDICAL HISTORY: HISTORIA POST MEDICA:

30. Do you have any prior History of any of the symptoms you checked above? Yes No
Tiene usted alguna historia previa de alguno de los sintomas verificados anteriormente? Si No
If Yes Please Explain: _____
De ser asi, explique:

31. Have you eer had any prior automobile accidents or ever had any serius falls/injuries? Yes No
Ha tenido algun accidente automovilistico previo o alguna caida o accidente delicado? Si No
If Yes Please Explain: _____
De ser asi, explique:

32. Have you ever had any surgeries or been hospitalized overnight? Yes No
Ha tenido alguna cirugia o ha estado hospitalizado? Si No
If Yes Please Explain: _____
De ser asi, explique:

33. Are you currently under the care of any other doctors for any health related concerns? If yes, please describe. Yes No
Esta usted actualmente bajo el cuidado de otro Doctor para algun otro caso relacionado con la salud. De ser asi, pro favor describa.
Describe: _____

34. Have you ever seen a chiropractic before? If yes, then who, where, & what treated for? Yes No
Ha tenido alguna quiropraxia? De ser asi, por favor describa: _____

35. Family Hstory: Place a (x) if any family member has suffered from:
Historia familiar: Marque con una (X) si algun miembro de la familia ha sufrido de:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis
Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Kidney Disease
Enfermemdad de Rinones | <input type="checkbox"/> Diabetes
Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Mental Illness
Enfermedades Mentales | <input type="checkbox"/> Epilepsy
Epilepsia | <input type="checkbox"/> Arthritis
Artritis |
| <input type="checkbox"/> Gout
Coagulacion | <input type="checkbox"/> Allergy
Alergia | <input type="checkbox"/> Migraines
Migrana |
| <input type="checkbox"/> High Blood Pressure
Tension Alta | <input type="checkbox"/> Cancer
Cancer | <input type="checkbox"/> Other, List:
Otras, Senale: |
| <input type="checkbox"/> Heart Attacks
Ataques al corazon | <input type="checkbox"/> Spinal Disorder
Desviacion de columna | |

36. Who is your Family physician for regular check-ups? _____
Quien es su medico familiar para chequeos regulares?

Date Last Seen? _____ What treatment? _____
Fecha del ultimo chequeo Que tratamiento tuvo?

37. Are you Pregnant? Yes No
Esta usted embarazada Si No

I hereby authorize Vance Chiropractic Center to examine me, including x-rays if indicated by exam, and to release my records to anyone I designate. I further authorize treatment deemed necessary by my findings, and wish all my chiropractic records to be held in strict confidence and not to be given to anyone without written consent. I authorize payment directly to the doctor from my insurance company and I clearly understand that I am totally responsible for payment should my insurance company deny payment, or make payment directly to me.

Por medio de la prsente autorizo al Vance Chiropractic Center a que me examine y tome royo -x si es requerido posterior al examen y suministre mi historia medica a quien yo designe. En adiccion, yo autorizo los tratamientos necesarios sobre lo que me hallan diagnosticado; y deseo que toda mi historia quiropractica sea resguardada en estricta confidencialidad y que no sea suministrada a otra persona sin mi consentimiento por escrito. Yo autorizo pagos a traves de mi compania de seguro directamente al doctor y entiendo claramente que soy completamente responsable por los pagos si mi aseguradora se niega a pagarlos o que la compania de seguros me pague directamente a mi.

By signing your name below, You certify the accuracy of your medical and/or accident history and further certify that you present to Vance Chiropractic Center for evaluation and treatment of a health related condition and no other purpose.
Con su firma debajo, usted certifica la autenticidad de su historia medica y/o de accidentes y ademas certifica que usted presento al Vance chiropractic Center para evaluacion y tratamiento relacionados con sas condiciones de salud y no otro proposito.

X _____
Signature of patient / guardian Authorizing Care
Firma del Paciente / Tutor de cuidado autorizado

Date
Fecha

EL QUESTIONARIO DE OSWESTRY CUELLO

Por favor lea cuidadosamente: Este Cuestionario ha sido diseñado para proveer al doctor con información acerca de cómo su dolor de cuello ha afectado su habilidad para regir su vida diaria. Por favor conteste cada sección, y circule en cada sección únicamente LA FRASE que mejor aplique. Sabemos que usted puede considerar que más de una frase aplica a su caso, por eso le sugerimos que CIRCLE ÚNICAMENTE LA FRASE QUE MEJOR DESCRIBA SU PROBLEMA.

Sección 1 – Intensidad del Dolor

1. Puedo tolerar el dolor, sin medicina para el dolor.
2. El dolor es fuerte, pero lo tolero sin medicina.
3. Las medicinas me dan alivio completo.
4. las medicinas me dan alivio moderado.
5. las medicinas me dan muy poco alivio.
6. Las medicinas no producen ningún efecto y no pienso usarlas.

Sección 2 -Cuidado Personal (Lavarse, vestirse, etc.)

1. Normalmente me puedo cuidar sin causarme más dolor.
2. Normalmente me puedo cuidar pero me causa más dolor.
3. Me es muy doloroso cuidarme y tengo que ser muy, cuidadoso y hacer todo más despacio.
4. Necesito ayuda, pero puedo encargarme de mi cuidado personal.
5. Necesito ayuda diaria en casi todos los aspectos de cuidado.
6. No me puedo vestir, me lavo con dificultad y me quedo en cama.

Sección 3 – Levantar

1. Puedo Levantar objetos pesados sin dolor.
2. Puedo levantar objetos pesados pero me causa más dolor.
3. El dolor no me permite levantar objetos pesados desde el suelo, a menos que estén convenientemente posicionados como en una mesa.
4. El dolor no me permite levantar objetos pesados, pero puedo levantar objetos y de peso mediano.
5. Puedo levantar objetos, pero muy livianos.
6. No puedo levantar o cargar nada.

Sección 4 – Caminar

1. El dolor no me priva de caminar cualquier distancia.
2. El dolor me priva de caminar más milla.
3. El Dolor me priva de caminar más ½ milla.
4. El dolor me priva de caminar más ¼ milla.
5. Solo puedo caminar con ayuda de bordon o muletas.
6. Estoy en cama todo el tiempo y gateo para ir al baño.

Sección 5 – Sentado (a)

1. Puedo sentarme en cualquier silla cuanto quiera.
2. Solo me puedo sentar en mi silla favorita cuanto quiera.
3. El dolor me priva de estar sentado (a) más de 1 hora.
4. El dolor me priva de estar sentado (a) más de ½ hora.
5. El dolor me priva de estar sentado (a) más de 10 minutos.
6. El dolor me priva de estar sentado (a).

Sección 6 – Parado (a)

1. Puedo estar de pie cuanto quiera sin más dolor.
2. Puedo estar de pie cuanto Quiera pero tengo más dolor.
3. El dolor me priva de estar de pie más de 1 hora.
4. El dolor me priva de estar de pie más de ½ hora.
5. El dolor me priva de estar de pie más de 10 minutos.
6. El dolor me priva de estar de pie.

Sección 7 – Dormir

1. El dolor no me priva de dormir bien.
2. Solo puedo dormir bien con pastillas.
3. Aun tomando pastillas duermo menos de 6 horas.
4. Aun tomando pastillas duermo menos de 4 horas.
5. Aun tomando pastillas duermo menos de 2 horas.
6. El dolor no me deja dormir.

Sección 8 - Cambios de grado del dolor

1. Mi dolor esta mejorando rapidamente.
2. Mi dolor fluctua, pero en conjunto se mejora definitivamente.
3. Mi dolor se mejora, pero el mejoramiento esta presente.
4. Mi dolor ni mejora ni tampoco empeora.
5. Mi dolor cada vez es peor.
6. Mi dolor esta empeorando rapidamente.

Sección 9 – Vida Social

1. Mi vida social es normal y sin dolor.
2. Mi vida social es normal pero me causa cierto grado de dolor.
3. El dolor no tiene ningún efecto significativo en mi vida social fuera de limitar mis actividades energeticas (bailar por ejemplo).
4. El dolor restringe mi vida social, casi no salgo fuera.
5. El dolor ha restringido mi vida social a permanecer en casa.
6. No tengo vida social.

Sección 10 - Viajar

1. Puedo viajar a donde yo quiera sin dolor.
2. Puedo viajar a donde yo quiera pero me causa más dolor.
3. El dolor es malo pero puedo hacer viajes de 2 horas de duración.
4. El dolor me restringe a viajes de menos de 1 hora.
5. El dolor me restringe a jornadas cortas de menos de 30 minutos.
6. El dolor me restringe de viajar excepto al doctor a al hospital.

EL QUESTIONARIO DE OSWESTRY ESPALDA

Por favor lea cuidadosamente: Este Cuestionario ha sido diseñado para proveer al doctor con información acerca de cómo su dolor de cuello ha afectado su habilidad para regir su vida diaria. Por favor conteste cada sección, y circule en cada sección únicamente LA FRASE que mejor aplica. Sabemos que usted puede considerar que más de una frase aplica a su caso, por eso le sugerimos que CIRCLE ÚNICAMENTE LA FRASE QUE MEJOR DESCRIBA SU PROBLEMA.

Sección 1 – Intensidad del Dolor

1. Puedo tolerar el dolor, sin medicina para el dolor
2. El dolor es fuerte, pero lo tolero sin medicina.
3. Las medicinas me dan alivio completo.
4. las medicinas me dan alivio moderado
5. las medicinas me dan muy poco alivio.
6. Las medicinas no producen ningún efecto y no pienso usarlas.

Sección 2 -Cuidado Personal (Lavarse, vestirse, etc.)

1. Normalmente me puedo cuidar sin causarme más dolor.
2. Normalmente me puedo cuidar pero me causa más dolor.
3. Me es muy doloroso cuidarme y tengo que ser muy, cuidadoso y hacer todo más despacio.
4. Necesito ayuda, pero puedo encargarme de mi cuidado personal.
5. Necesito ayuda diaria en casi todos los aspectos de cuidado.
6. No me puedo vestir, me lavo con dificultad y me quedo en cama.

Sección 3 – Levantar

1. Puedo Levantar objetos pesados sin dolor
2. Puedo levantar objetos pesados pero me causa más dolor.
3. El dolor no me permite levantar objetos pesados desde el suelo, a menos que estén convenientemente posicionados como en una mesa.
4. El dolor no me permite levantar objetos pesados, pero puedo levantar objetos y de peso mediano.
5. Puedo levantar objetos, pero muy livianos.
6. No puedo levantar o cargar nada.

Sección 4 – Caminar

1. El dolor no me priva de caminar cualquier distancia.
2. El dolor me priva de caminar más milla.
3. El Dolor me priva de caminar más ½ milla.
4. El dolor me priva de caminar más ¼ milla.
5. Solo puedo caminar con ayuda de bordon o muletas.
6. Estoy en cama todo el tiempo y gateo para ir al baño.

Sección 5 – Sentado (a)

1. Puedo sentarme en cualquier silla cuanto quiera.
2. Solo me puedo sentar en mi silla favorita cuanto quiera.
3. El dolor me priva de estar sentado (a) más de 1 hora.
4. El dolor me priva de estar sentado (a) más de ½ hora.
5. El dolor me priva de estar sentado (a) más de 10 minutos.
6. El dolor me priva de estar sentado (a).

Sección 6 – Parado (a)

1. Puedo estar de pie cuanto quiera sin más dolor.
2. Puedo estar de pie cuanto Quiera pero tengo más dolor.
3. El dolor me priva de estar de pie más de 1 hora.
4. El dolor me priva de estar de pie más de ½ hora
5. El dolor me priva de estar de pie más de 10 minutos.
6. El dolor me priva de estar de pie.

Sección 7 – Dormir

1. El dolor no me priva de dormir bien
2. Solo puedo dormir bien con pastillas.
3. Aun tomando pastillas duermo menos de 6 horas.
4. Aun tomando pastillas duermo menos de 4 horas.
5. Aun tomando pastillas duermo menos de 2 horas.
6. El dolor no me deja dormir.

Sección 8 - Cambios de grado del dolor

1. Mi dolor esta mejorando rapidamente
2. Mi dolor fluctua, pero en conjunto se mejora definitivamente
3. Mi dolor se mejora, pero el mejoramiento esta presente
4. Mi dolor ni mejora ni tampoco empeora
5. Mi dolor cada vez es peor
6. Mi dolor esta empeorando rapidamente

Sección 9 – Vida Social

7. Mi vida social es normal y sin dolor.
8. Mi vida social es normal pero me causa cierto grado de dolor.
9. El dolor no tiene ningún efecto significativo en mi vida social fuera de limitar mis actividades energeticas (bailar por ejemplo).
10. El dolor restringe mi vida social, casi no salgo fuera.
11. El dolor ha restringido mi vida social a permanecer en casa
12. No tengo vida social

Sección 10 - Viajar

7. Puedo viajar a donde yo quiera sin dolor.
8. Puedo viajar a donde yo quiera pero me causa más dolor.
9. El dolor es malo pero puedo hacer viajes de 2 horas de duración.
10. El dolor me restringe a viajes de menos de 1 hora.
11. El dolor me restringe a jornadas cortas de menos de 30 minutos.
12. El dolor me restringe de viajar excepto al doctor a al hospital.

X

Signature of patient / guardian Authorizing Care
Firma del Paciente / Tutor de cuidado autorizado

Date
Fecha