



**FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN  
PARA PACIENTES  
DE  
LESIONES PERSONALES**

**Daniel D. Yen, DC**  
4528 W Craig Rd Ste #190,  
North Las Vegas, NV 89032  
P: (702) 685-8776  
F: (877) 669-1370  
yenchiropactic@gmail.com

**INFORMACIÓN GENERAL**

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_  
DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_  
CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_  
CORREO  
ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_  
SEXO: ( ) FEMENINO ( ) MASCULINO  
FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_  
ESTATURA: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_  
( ) CASADO/A ( ) VIUDO/A ( ) SOLTERO/A ( ) MENOR  
( ) SEPARADO/A ( ) DIVORCIADO/A ( ) PAREJA POR \_\_\_\_\_ AÑOS  
TELÉFONO DE CASA: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ TELÉFONO MÓVIL: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
MEJOR HORA Y LUGAR PARA CONTACTARTE: \_\_\_\_\_

**OCUPACIÓN**

EMPLEADOR / ESCUELA DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR / ESCUELA: \_\_\_\_\_  
TELÉFONO DEL EMPLEADOR / ESCUELA: \_\_\_\_\_  
¿CÓMO SE ENTERÓ DE YEN CHIROPRACTIC?: \_\_\_\_\_

**CONTACTO DE EMERGENCIA**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ RELACIÓN: \_\_\_\_\_  
TELÉFONO DE CASA: \_\_\_\_\_ TELÉFONO MÓVIL: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN SOBRE EL ACCIDENTE**

FECHA DE LA PÉRDIDA / INICIO (ACCIDENTE): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
NÚMERO DE RECLAMACIÓN: \_\_\_\_\_  
NOMBRE Y TELÉFONO DEL ABOGADO: \_\_\_\_\_  
DESCRIBA EL ACCIDENTE:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**ESPECIFICACIONES SOBRE EL ACCIDENTE (MARQUE TODO LO QUE SE APLICA AL ACCIDENTE)**

- ¿LA LESIÓN FUE RELACIONADO CON SU TRABAJO?:  SI  NO  
USTED ERA:  CONDUCTOR  PASAJERO  
ESTABA SENTADO/A EN EL:  ASIENTO DELANTERO  ASIENTO TRASERO  
DURANTE EL ACCIDENTE, ¿ESTABA PREPARADO/ A PARA RECIBIR EL IMPACTO?:  SI  NO  
DURANTE EL ACCIDENTE, ¿SU CABEZA FUE GOLPEADA CON O CONTRA ALGO?:  SI  NO  
DURANTE EL ACCIDENTE, PADECIÓ DE:  ESTADO DE SHOCK  VER DESTELLO DE LUZ CON EL IMPACTO  
DESPUÉS DEL IMPACTO DEL ACCIDENTE, LAS BOLSA DE AIRE:  DESPLEGARON  NO DESPLEGARON

INMEDIATAMENTE DESPUÉS DEL ACCIDENTE:

- LLAMARON A LA AMBULANCIA-PARAMÉDICOS  
 FUE TRATADO/ A EN LA ESCENA  
 FUE TRANSPORTADO/A AL HOSPITAL POR AMBULANCIA  
 FUE AL HOSPITAL POR SU PROPIO MEDIO  
 DIAGNÓSTICOS FUERON REALIZADOS EN EL HOSPITAL  
 MEDICACIÓN PRESCRITA  
 TRATAMIENTO EN EL HOSPITAL  
 SEGUIMIENTO MÉDICO RECOMENDADO

**TIEMPO PERDIDO**

NO HE PERDIDO TIEMPO EN EL TRABAJO DEBIDO AL ACCIDENTE, Y ESTOY ACTUALMENTE TRABAJANDO SIN LIMITACIONES.

NO HE PERDIDO TIEMPO EN EL TRABAJO DEBIDO AL ACCIDENTE, PERO TENGO LIMITACIONES.

POR FAVOR DESCRIBA SUS LIMITACIONES: \_\_\_\_\_

HE PERDIDO TIEMPO DEL TRABAJO DEBIDO AL ACCIDENTE.

POR FAVOR INDIQUE CUÁNTO TIEMPO HA PERDIDO DEL TRABAJO: \_\_\_\_\_

NO APLICA

**MECANISMO DE LA LESIÓN**

¿ESTABA SORPRENDIDO/ A POR EL IMPACTO?  SI  NO

EN RELACION A LA PARTE POSTERIOR DE SU CABEZA, COMO ESTUBO EL REPOSACABEZAS:

BAJO  MEDIO  ALTO  NINGUNO

¿ESTABA INCLINADO/ A HACIA ADELANTE EN EL MOMENTO DEL IMPACTO?  SI  NO

¿ESTUVO USANDO EL CINTURÓN DE SEGURIDAD / ARNÉS?  SI  NO

¿QUEDÓ INCONSCIENTE POR CAUSA DEL ACCIDENTE?  SI  NO

¿SINTIÓ DOLOR INMEDIATAMENTE DESPUÉS DEL ACCIDENTE?  SI  NO

**INFORMACION SOBRE LOS VEHÍCULOS**

ANOTE EL AÑO Y TIPO DE VEHÍCULO EN CUAL USTED SE ENCONTRABA: \_\_\_\_\_

SELECCIONE EL TAMAÑO DEL VEHÍCULO EN CUAL USTED SE ENCONTRABA:

CHICO  MEDIANO  GRANDE  NINGUNO

ANOTE EL AÑO Y TIPO DE OTRO VEHÍCULO EN EL ACCIDENTE: \_\_\_\_\_

SELECCIONE EL TAMAÑO DEL OTRO VEHÍCULO EN EL ACCIDENTE:

CHICO  MEDIANO  GRANDE  NINGUNO

¿CUÁL FUE LA VELOCIDAD APROXIMADA DE SU VEHÍCULO CUANDO OCURRIÓ EL ACCIDENTE?: \_\_\_\_\_

¿CUÁL FUE LA VELOCIDAD APROXIMADA DEL OTRO VEHÍCULO CUANDO OCURRIÓ EL ACCIDENTE?: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### HISTORIAL SOCIAL

¿CUÁNTOS HIJOS TIENE?: \_\_\_\_\_

¿USTED FUMA?:  SI  NO

¿USTED BEBE ALCOHOL?:  SI  NO

¿USTED USA DROGAS?:  SI  NO

ANOTE SUS ACTIVIDADES FÍSICAS DE EJERCICIOS Y PASATIEMPO: \_\_\_\_\_

### HISTORIAL MÉDICO

HE VISTO EL SIGUIENTE TIPO DE MÉDICO / FACULTATIVO PARA ESTA CONDICIÓN:

QUIROPRÁCTICO: \_\_\_\_\_

FISIOTERAPIA: \_\_\_\_\_

MASAJE TERAPÉUTICO: \_\_\_\_\_

MÉDICO: \_\_\_\_\_

NEURÓLOGO: \_\_\_\_\_

PSIQUIATRA / PSICÓLOGO: \_\_\_\_\_

ORTOPEDISTA: \_\_\_\_\_

OTRO TIPO: \_\_\_\_\_

SELECCIONE LOS TRATAMIENTOS QUE USTED HA TENIDO PARA ESTA CONDICIÓN:

HIELO / FRÍO

CALIENTE / ULTRASONIDO

ESTIMULACIÓN ELÉCTRICA

TRACCIÓN LUMBAR O

ACUPUNTURA

QUIROPRÁCTICA

TABLA DE INVERSIÓN

REPOSO ENCAMADO

MASAJE

INYECCIONES

NEUROPATÍA

EJERCICIO

OSTEOPATÍA

SI ELIGIÓ ALGUNO, ANOTE LOS PROBLEMAS ANTERIORES DE LA ESPALDA, DEL CUELLO Y SISTEMA

MUSCULOESQUELETICO: \_\_\_\_\_

¿HA TENIDO ACCIDENTES ANTERIORES O SUBSECUENTES? POR FAVOR ESCRIBA LAS FECHAS DE

TRATAMIENTO: \_\_\_\_\_

¿SIENTE PREOCUPACIÓN O TIENE PROBLEMAS CON?:

ANSIEDAD

DEPRESIÓN

IRRITABILIDAD

ANOTE MEDICAMENTOS ACTUALES: \_\_\_\_\_

ANOTE CIRUGÍAS PASADAS: \_\_\_\_\_

ANOTE PREVIAS HOSPITALIZACIONES: \_\_\_\_\_

SELECCIONE LOS TIPOS DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS QUE SE LE HAN REALIZADO PARA ESTA CONDICIÓN:

RADIOGRAFÍA

ESCANEADO DE HUESOS

MIELOGRAMA

DISCOGRAMA

EMG/ECN

MRI

TC

(ELECTROMIOGRAFÍA / ESTUDIO DE  
CONDUCCIÓN NERVIOSA)

(RESONANCIA MAGNÉTICA)

(TOMOGRFÍA COMPUTARIZADA)

### SOLAMENTE PARA LA MUJER

¿ESTÁ EMBARAZADA?:  SI  NO

MARQUE SI USTED TIENE ALGO DE LO SIGUIENTE:

SANGRADO VAGINAL QUE NO SEA UN PERIODO

PAPANICOLAU EN LOS ÚLTIMOS 2 AÑOS

PERÍODOS MENSTRUALES DOLOROSOS

DOLOR DE ESPALDA

OTROS PROBLEMAS MENSTRUALES

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**POR FAVOR, SELECCIONE SI TIENE CUALQUIERA DE LO SIGUIENTE:**

- SIDA / VIH
- ALCOHOLISMO
- INYECCIONES PARA ALERGIA
- ANEMIA
- ANOREXIA
- APENDICITIS
- ARTRITIS
- DESÓRDENES DE SANGRE
- SANGRE EN EL EXCREMENTO
- SANGRE EN LA ORINA
- MASA DEL SENO
- BRONQUITIS
- BULIMIA
- CÁNCER
- CATARATAS
- CAMBIO EN LOS HÁBITOS DE INTESTINOS
- DEPENDENCIA QUÍMICA
- DOLOR O APRETAMIENTO DEL PECHO
- VARICELA
- TOS CON SANGRE
- DIABETES
- EXCREMENTO OSCURO / NEGRO
- DIFICULTAD DE DORMIR
- DIFICULTAD DE ORINAR EMPEZAR-PARAR
- OJOS SECOS O BOCA
- MORETONES CON FACILIDAD
- ENFISEMA
- EPILEPSIA
- SANGRADO EXCESIVO
- CONSTIPACIÓN EXCESIVA
- FATIGA EXCESIVA
- FRACTURAS
- GLAUCOMA
- COTO
- GONORREA
- GOTA
- ENFERMEDAD DEL CORAZÓN
- HEPATITIS
- HERNIA
- DISCO HERNIADO
- HERPES
- HIPERTENSIÓN
- COLESTEROL ALTO
- DOLOR DE ARTICULACIONES O HINCHAZÓN
- ENFERMEDAD DEL RIÑÓN
- ENFERMEDAD DEL HÍGADO
- PÉRDIDA DE APETITO
- BULTOS EN AXILA, INGLE Y CUELLO
- SARAMPIÓN
- MIGRAÑAS
- ABORTO ESPONTÁNEO
- MONONUCLEOSIS INFECCIOSA
- RIGIDEZ MATUTINA
- PAPERAS
- SENSIBILIDAD AL MÚSCULO
- NECESIDAD DE ORINAR MÁS EN LA NOCHE
- SUDORES NOCTURNOS
- OSTEOPOROSIS
- MARCAPASOS
- DOLOR / ARDOR AL ORINAR
- ENFERMEDAD DE PARKINSON
- DIARREA PERSISTENTE
- PERSISTENTE OJO ROJIZO
- TOS PERSISTENTE O INUSUAL
- NERVIOS PELLIZCADO
- NEUMONÍA
- POLIO
- PROBLEMA DE LA PRÓSTATA
- PRÓTESIS
- CUIDADO PSIQUIÁTRICO
- ARTRITIS REUMATOIDE
- FIEBRE REUMÁTICA
- ENFERMEDAD DE TRANSMISIÓN SEXUAL
- SARPULLIDO
- DOLOR DE ESTÓMAGO
- DERRAME CEREBRAL
- INTENTO DE SUICIDIO
- TOBILLOS HINCHADOS
- PROBLEMA DE TIROIDES
- AMIGDALITIS
- DIFICULTAD RESPIRATORIA AL HACER EJERCICIO
- DIFICULTAD RESPIRATORIA MIENTRAS SE ESTÁ ACOSTADO/ A
- TUBERCULOSIS
- TUMORES / CRECIMIENTOS
- FIEBRE TIFOIDEA
- ÚLCERAS
- FIEBRES INEXPLICABLES
- ESTRÉS ABNORMAL EN CASA
- ESTRÉS ABNORMAL EN EL TRABAJO
- INFECCIONES VAGINALES
- PÉRDIDA DE PESO DE 10 LBS O MÁS
- TOS FERINA

FIRMA DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_