

**WELCOME TO KATZ ACCIDENT AND INJURY CENTER
PLEASE FILL OUT BOTH SIDES OF THIS FORM AND RETURN IT TO
THE FRONT DESK. IF YOU HAVE ANY QUESTIONS, PLEASE ASK.**

NAME _____ SOCIAL SECURITY# _____

ADDRESS _____ CITY _____ ZIP _____

HOME TELEPHONE _____ WORK TELEPHONE _____

OCCUPATION _____ NAME OF EMPLOYER _____

BIRTH DATE _____ AGE _____ SEX _____ HEIGHT _____ WEIGHT _____

NAME OF PERSON TO CALL IN AN EMERGENCY _____ PHONE _____

MARITAL STATUS: SINGLE MARRIED WIDOWED DIVORCED SEPARATED

CALIFORNIA DRIVERS LICENSE# _____ # OF CHILDREN _____

NAME OF SPOUSE _____ SPOUSE'S EMPLOYER _____

HAVE YOU HAD PREVIOUS CHIROPRACTIC CARE? _____

WHAT ARE YOUR PRESENT CONDITIONS?

1) _____ WHEN DID IT START? _____

2) _____ WHEN DID IT START? _____

WHAT CAUSED THE CONDITION? _____

IS THE PAIN? (PLEASE CIRCLE) SHARP ACHY BURNING

DO YOU HAVE PAIN OR NUMBNESS IN YOUR? SHOULDERS ARMS HIPS LEGS

DO YOU HAVE PAIN OR STIFFNESS IN YOUR? NECK MIDDLEBACK LOWERBACK

HAVE YOU NOTICED ANY CHANGES IN YOUR URINATION OR BOWEL MOVEMENT? YES NO

WHAT ACTIVITIES OR POSITIONS MAKES YOUR CONDITION WORSE? _____

HAVE YOU SEEN ANOTHER DOCTOR FOR YOUR CONDITION? YES NO

NAME OF DOCTOR? _____ TREATMENT PERFORMED _____

HAVE YOU HAD ANY X-RAYS TAKEN? YES NO DATE TAKEN: _____

ARE YOU PRESENTLY USING A(PLEASE CIRCLE) HEATING PAD MEDICATION OTHER: _____

LIST ALL BROKEN BONES (INCLUDING RIBS) YOU HAVE HAD: _____

LIST ALL SURGERIES YOU HAVE HAD IN THE PAST: _____

LIST ANY OTHER HEALTH PROBLEMS YOU PRESENTLY HAVE: _____

LIST ANY MEDICATION YOU ARE PRESENTLY TAKING: _____

HAVE YOU SUFFERED ANY RECENT DIZZINESS OR VERTIGO (SENSATION THAT YOUR BODY IS SPINNING)? YES NO

IF YES WHAT AGGRAVATES IT? _____

NAME, ADDRESS AND PHONE NUMBER OF YOUR FAMILY PHYSICIAN:

DO YOU WANT OUR OFFICE TO SEND A REPORT TO YOUR M.D? YES NO

DO ANY FAMILY MEMBERS HAVE SPINAL PROBLEMS? YES NO

IS YOUR CONDITION DUE TO A WORK RELATED INJURY? YES NO

NAME OF YOUR SUPERVISOR TO CONTACT? _____

IS YOUR CONDITION DUE TO AN AUTOMOBILE ACCIDENT? YES NO

IS THERE AUTOMOBILE MEDICAL INSURANCE FOR THIS ACCIDENT? YES NO

NAME OF INSURANCE COMPANY _____ PHONE# _____

NAME OF YOUR ATTORNEY _____ PHONE # _____

DO YOU HAVE HEALTH INSURANCE? YES NO

NAME OF INSURANCE COMPANY? _____ PHONE # _____

DO YOU KNOW IF YOUR POLICY COVERS CHIROPRACTIC CARE? YES NO UNSURE

ARE YOU COVERED BY MEDICARE? YES NO

BIENVENIDOS A "KATZ CENTRO DE ACCIDENTES Y LESIONES "
POR FAVOR COMPLETE AMBOS LADOS DE ESTA FORMA Y ENTREGUELO A LA
RECEPCIONISTA. SI TIENE USTED ALGUNA PREGUNTA, PIDA ASISTENCIA.

NOMBRE _____ #DE SEGURO SOCIAL _____

DIRECCION _____ CIUDAD _____ CODIGO POSTAL _____

TELEFONO(CASA) _____ TELEFONO (TRABAJO) _____

OCUPACION _____ LUGAR DE EMPLEO _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ EDAD _____ SEXO _____ ESTATURA _____ PESO _____

EN CASO DE EMERGENCIA, NOMBRE Y TELEFONO A QUIEN
LLAMAR: _____

SOY: SOLTERO/A CASADO/A VIUDO/A DIVORCIADO/A SEPARADO/A

DE LICENCIA DE CONDUCIR _____ CUANTOS HIJOS: _____

NOMBRE DE ESPOSO/A _____ LUGAR DE EMPLEO _____

HA TENIDO TRATAMIENTO QUIROPRACTICO PREVIAMENTE? _____

CUALES SON SUS SINTOMAS ACTUALMENTE?

1) _____ CUANDO COMENZO _____

2) _____ CUANDO COMENZO _____

QUE CAUSO EL PROBLEMA? _____

SU DOLOR SE PRESENTA EN FORMA ? AGUDA CORTANTE CON ARDOR

TIENE DOLOR O ENTUMECIMIENTO EN:
HOMBROS BRAZOS CADERAS PIERNAS

TIENE TENSION EN:
CUELLO MEDIO DE LA ESPALDA ESPALDA BAJA

HA NOTADO CAMBIOS EN SU URINACION O MOVIMIENTO VIENTRE? SI NO

QUE ACTIVDADES O POSICIONES EMPEORA SU CONDICION? _____

HA VISTO OTRO DOCTOR PARA ESTA CONDICION? SI NO

NOMBRE DEL DOCTOR? _____ TRATAMIENTO? _____

SE HA TOMADO RADIOGRAFIAS? SI NO FECHA _____

HA USADO: CALENTADOR COJINETE U OTRO MEDICAMENTO : _____

INDIQUE TODAS LAS FRACTURAS DE HUESOS (INCLUSO COSTILLAS) QUE HA TENIDO:

DESCRIBA LAS OPERACIONES QUE HA TENIDO EN EL PASADO:

DESCRIBA OTROS PROBLEMAS DE SALUD QUE TENGA: _____

SE HA SENTIDO MAREADO/A NO SI

NOMBRE, DIRECCION Y TELEFONO DE SU MEDICO ?

QUIERE QUE ESTA OFICINA LE MANDE UN REPORTE A SU MEDICO? SI NO

TIENE ALGUN MIEMBRO DE SU FAMILIA CON PROBLEMAS DE ESPALDA? SI NO

ES SU CONDICION PRODUCTO DE UN ACCIDENTE DE TRABAJO? SI NO

NOMBRE DEL SUPERVISOR A QUIEN LLAMAR? _____

ES SU CONDICION DEBIDA A ACCIDENTE DE AUTOMOVIL? SI NO

TIENE COBERTURA MEDICA EN SU SEGURO DE AUTOMOVIL? SI NO

NOMBRE DEL SEGURO _____ TELEFONO _____

NOMBRE DE SU ABOGADO _____ TELEFONO _____

TIENE SEGURO MEDICO: SI NO

NOMBRE DEL SEGURO _____ TELEFONO _____

CUBRE SU POLIZA TRATAMIENTO QUIROPRACTICOS?

SI NO NO SE

ESTA CUBIERTO POR MEDICARE? SI NO

PERSONAL INJURY QUESTIONNAIRE

NAME: _____ Date of Accident _____

Where did accident happen? Describe the accident in your own words:

What was your position in the car?

Driver: if Driver were your hands on the steering wheel? Left Right Both

Passenger: If passenger, were you sitting in Front Right Rear Left Rear

Did your vehicle strike another vehicle Yes No

Was your vehicle struck by another vehicle Yes No

Angles of impact... First Collision: Front Back Left Right

If Second Collision: Front Back Left Right

Were you wearing a seat belt? Yes No

Did you brace for impact? Yes No ... I braced with my hands I braced with my feet

Which way were you facing at the time of impact... straight ahead Left Right

Did you strike anything in vehicle at time of impact? Yes No

If yes, specify what part of your body struck what: ie... head chest chin shoulder Right / Left Knee

Steering Wheel _____ Dashboard _____

Windshield _____ Roof _____

Left Side Door _____ Right Side Door _____

Left Side Window _____ Right Window _____

Other _____

Did the seat back bend / break ? Yes No

Immediately following the accident, how did you feel? dizzy/dazed disoriented unconscious

nervous nauseous upset weak Other _____

Did you go to hospital Yes No Were you admitted to the hospital? Yes No if yes how long? _____

If you went to hospital, when? At time of accident Next day

How did you get to hospital? Ambulance Police Car Private Transportation

Name of Hospital: _____

Attended by Dr. _____

... what treatment was given?

none placed in a cervical collar x-rayed given stitches Bandaged

given pain medication given instructions regarding concussions

given instructions regarding sprains and strains Physical Therapy

instructed to call a Orthopedic Surgeon instructed to call a private physician

referred to this office for treatment Other _____

Have you seen any other doctor as a result of this accident? Yes No

Doctor's name

CHIEF Complaints or Symptoms:

Name:

Date:

<input type="checkbox"/> Neck pain	<input type="checkbox"/> none	<input type="checkbox"/> left shoulder	<input type="checkbox"/> left arm	<input type="checkbox"/> left forearm	<input type="checkbox"/> left hand
check off the areas that the pain runs into from the neck	<input type="checkbox"/> right shoulder	<input type="checkbox"/> right arm	<input type="checkbox"/> right forearm	<input type="checkbox"/> right hand	
<input type="checkbox"/> headache					
<input type="checkbox"/> Migraine Headache					
<input type="checkbox"/> upper back pain					

Ringling in Ears Yes No Left Right Both Ears

Blurry Vision Yes No Left Right Both Eyes

Wrist Pain Yes No Left Right Both Wrists

Jaw Pain Yes No Left Right Both Sides

Dizziness nervousness fatigue anxiety depression excessive irritability

fear of driving in a car a loss of concentration jaw clenching grinding of teeth at night nightmares difficulty with sleeping at night

<input type="checkbox"/> Low Back Pain	<input type="checkbox"/> none	<input type="checkbox"/> buttocks	<input type="checkbox"/> left buttock	<input type="checkbox"/> left thigh	<input type="checkbox"/> left knee
select the areas of radiation, if any...	<input type="checkbox"/> left foot	<input type="checkbox"/> right buttock	<input type="checkbox"/> right thigh	<input type="checkbox"/> right knee	<input type="checkbox"/> right foot

Hip Pain	<input type="checkbox"/> Left	<input type="checkbox"/> Right	<input type="checkbox"/> Bilateral
Knee Pain	<input type="checkbox"/> Left	<input type="checkbox"/> Right	<input type="checkbox"/> Bilateral
Foot Pain	<input type="checkbox"/> Left	<input type="checkbox"/> Right	<input type="checkbox"/> Bilateral

Numbness:

Left Hand Left Upper Arm Right Hand Right Upper Arm
 Left Foot Left Leg Right Foot Right Leg

Additional Symptoms/ Complaints:

Have You lost any time from work due to your injuries? Yes No

If yes please give dates: _____

Type of employment: _____

Have you had previous injuries or accidents? Yes No

Description of previous Accident: _____

Description of previous injuries: _____

Is there any residual pain from the previous injury? Yes No

How much better did you feel prior to your current condition? (Example 100%, 80% etc.) _____

PERSONAL INJURY QUESTIONNAIRE

NOMBRE: _____ Fecha del Accidente: _____

¿Dónde ocurrió el accidente? Describa como sucedió el accidente, con sus propias palabras:

¿Cuál era su posición dentro del auto?

Chofer: Estaban sus manos en el volante? sólo la izquierda sólo la derecha ambas

Pasajero: Estaba sentado en: Frente Atrás a la derecha Atrás a la izquierda

Su vehículo colisionó u golpeó otro vehículo: SI NO

¿Fue su vehículo colisionado u golpeado por otro vehículo?: SI NO

Ángulos de impacto: Primera Colisión Frente Atrás A la izquierda A la derecha

Segunda Colisión: Frente Atrás A la izquierda A la derecha

¿Llevaba usted el cinturón puesto? SI NO

¿Soportó el impacto? SI NO ... Soportó con las manos Soportó con los pies

¿Cómo se encontraba al momento del impacto? Defrente A la izquierda A la derecha

¿Se golpeó dentro del vehículo al momento del impacto? SI No

Si la respuesta es sí, que parte de su cuerpo impactó: (i.e... cabeza, hombro, brazo)

El timón _____ La consola _____

La Ventana de enfrente _____ El techo _____

La puerta de la izquierda _____ La puerta de la derecha _____

La ventana de la izquierda _____ La ventana de la derecha _____

Otro _____

¿Se dobló o rompió el asiento? SI NO

Inmediatamente luego del accidente, como se sintió? mareado desorientado inconciente

nervioso con vertigo muy incomodo debil otro _____

¿Fue usted al hospital? SI NO ¿Fue admitida? SI NO ¿Por cuánto tiempo? _____

Si la respuesta es sí, ¿cuándo? Al momento del accidente El siguiente día

¿Cómo fue llevada al hospital? Ambulancia Policía Particular

Nombre del hospital: _____

El Dr. que lo atendió: _____

¿Cuál fue el tratamiento que le dieron?

ninguno le colocaron un collarín para su cuello? tomaron rayos-x puntos vendas

medicina para el dolor le dieron instrucción para tratar las contusiones

le dieron instrucciones para las torceduras y golpes terapia física

le sugirieron que llame a su medico particular le sugirieron ir al Ortopedico

le sugirieron venir a esta oficina para recibir tratamiento Otro _____

¿Ha visitado usted algún otro doctor o doctores por este accidente? Si No

El nombre del Dr. _____

Dolores o Síntomas principales:

Dolor de Cuello

Señale las áreas que están afectadas por el dolor de cuello

Ninguno

IZQUIERDA: Hombro Brazo Antebrazo Mano

DERECHA: Hombro Brazo Antebrazo Mano

Nombre: _____ Fecha: _____

- Dolores de Cabeza
- Migraña
- Dolor de espalda alta

Tiene zumbidos en los oídos Si No Izquierdo Derecho Ambos oídos

Vision borrosa Si No Izquierdo Derecho Ambos ojos
Dolor en las muñecas Si No Izquierda Derecha Ambas muñecas
Dolor de mandíbula Si No Izquierda Derecha Ambos lugares

- Mareos nerviosismo fatiga ansiedad depresión mal humor / irritación
- temor de conducir falta de concentración problemas con la mandíbula o dientes pesadillas
- dificultad para dormir

Dolor en la Espalda Baja

Seleccione las áreas que son afectadas si hubieran...

- ninguna gluteos (nalgas)
- IZQUIERDA: gluteo muslo rodilla pie
- DERECHA : gluteo muslo rodilla pie

Dolor de cadera Izquierda Derecha Ambas
Dolor de rodilla Izquierda Derecha Ambas
Dolor en los pies Izquierdo Derecho Ambos

Debilidad o Decaimiento

- Mano izquierda Brazo izquierdo Mano derecha Brazo izquierdo
- Pierna izquierda Pie izquierdo Pierna derecha Pie izquierdo

Dolores o Síntomas Adicionales :

¿Ha perdido días de trabajo debido al accidente? Si No

Escriba los días que ha perdido de su trabajo desde que tuvo el accidente hasta la fecha _____

¿ Que tipo de trabajo desempeñaba al momento del accidente? _____

¿ Ha tenido algún accidente o lesión antes que este accidente? _____

Por favor, describa brevemente el accidente anterior? _____

¿Que parte del cuerpo se lesiono o golpeo en el accidente anterior? _____

¿Aun siente malestar o dolor por las lesiones anteriores? _____

¿Se sentia al 100% (cien por ciento de su capacidad) antes del accidente ? _____