

Dr. Andrew Riddle  
Dr. Kelly Keener  
Dr. Lauren Hitchens  
Dr. Gary Morgan

Phone: (302) 422-3100  
Fax: (302) 422-2900  
AtlanticChiropractic.net



## ATLANTIC CHIROPRACTIC ASSOCIATES, P.A.

Gentle, Effective Care for All Ages

### Auto Accident (Accidente de Auto) - New Patient Intake

Título: Dr. /a. Sr. Sra. Srta. (Elija uno) Fecha: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial de Segundo Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Numero de Casa: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Numero de Trabajo: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Numero de Celular: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Estado Civil:  Soltero/a  Casado/a  Otro/a \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Femenino

#### Raza: (elija uno)

Blanca  Afro-americana  Hispánica  Otro \_\_\_\_\_  Prefiero no escoger

#### Etnicidad: (elija uno)

Hispano o Latino  No Hispano o Latino  Prefiero no escoger

#### Lenguaje Preferido: (elija uno)

Inglés  Español  Otro \_\_\_\_\_  Prefiero no escoger

#### Datos de su Cónyuge:

Nombre: \_\_\_\_\_ Medio Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Numero de Casa: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Numero de Celular: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

¿Es su cónyuge un paciente de la clínica?  Si  No

#### Datos de su empleo:

Situación Laboral:  Empleado  Tiempo Completo /  Tiempo Parcial  Estudiante  Tiempo Completo /  Tiempo Parcial  
 Retirado  Amo/a de Casa  Desempleado ¿Por el accidente?  Si  No

Nombre de su Empleador: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Título de Trabajo / Posición \_\_\_\_\_ Descripción: \_\_\_\_\_

#### Contacto de Emergencia:

Nombre de Contacto: \_\_\_\_\_ Numero de Contacto: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Doctor de Cabecera: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Fecha del Accidente / Lesión: \_\_\_\_\_

EN SUS PROPIAS PALABRAS, DESCRIBA COMO OCURRIO EL ACCIDENTE:

---

---

---

---

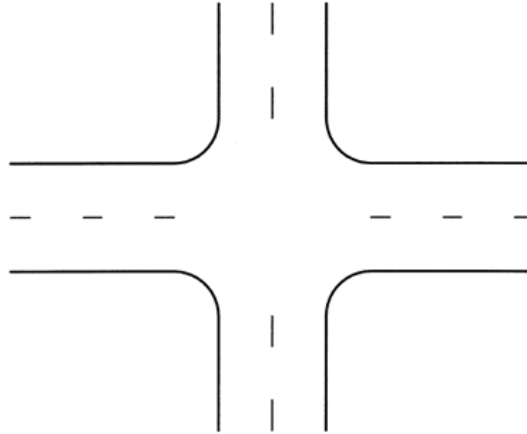
---

---

---

---

Ilustra como ocurrió el accidente:

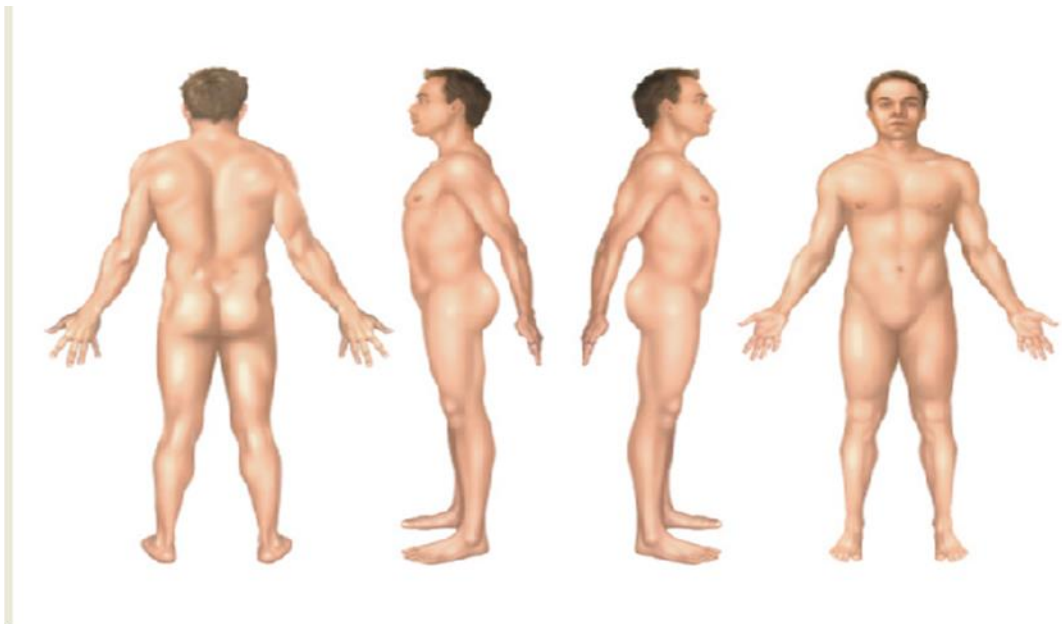


Punto de Impacto:

- |   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Enfrente           | <input type="checkbox"/> Enfrente lado del conductor | <input type="checkbox"/> enfrente lado del pasajero | <input type="checkbox"/> atrás                    |
| <input type="checkbox"/> Lado del conductor | <input type="checkbox"/> lado del pasajero           | <input type="checkbox"/> atrás lado del pasajero    | <input type="checkbox"/> atrás lado del conductor |

**Quejas Actuales:**

Indique donde esta su dolor o síntomas:



Patient Name: \_\_\_\_\_

Patient #: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Por favor, califique su dolor en una escala de 0-10:  
[0= Ningún Dolor, 10= Dolor Extremo]

Elija la frecuencia con que el dolor esta presente:

Cuello: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Raramente - Intermitente - Frecuente - Constant

Espalda Superior: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Raramente - Intermitente - Frecuente - Constant

Espalda Baja: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Raramente - Intermitente - Frecuente - Constant

\_\_\_\_\_ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Raramente - Intermitente - Frecuente - Constant

¿Cuáles son las áreas del cuerpo que le molestan?

1. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_

Describa sus síntomas. (Dolor Profundo, Ardor, Entumecimiento, Dolorido, Rigidez, etc.)

1. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_

¿Puedes dormir sin dolor?  Si  No

¿Te despierta el dolor?  Si  No

¿Donde lo sientes? \_\_\_\_\_

### Historial del Accidente en General:

¿Ocurrió el accidente mientras estaba en el trabajo?  Si  No

Fuiste:  el Conductor  Pasajero enfrente  Pasajero atrás lado Izquierdo – en Medio – Derecho  Peatonal  
 Motociclista  Pasajero en Motocicleta  Otro: \_\_\_\_\_

¿Quien conducia?: \_\_\_\_\_

Su Auto (año/marca/modelo): \_\_\_\_\_

El otro Auto (año/marca/modelo): \_\_\_\_\_

Su Velocidad en el momento del Accidente:

Parado

Despacio (Ejemplo: en un Estacionamiento/Parada de Luz)

Moderado (Ejemplo: en el Vecindario)

Rápido (Ejemplo: Autopista)

En que momento del Día:  Durante el Día  Amanecer  Anochecer  Durante la Noche

Condiciones de la Carretera:  Seco  Mojado  Lluvioso  Nieve  Hielo

Otro: \_\_\_\_\_

Apoya cabezas:  No Había  nivelado con la parte superior de la cabeza  nivelado con la parte baja de la cabeza

a nivel de la mitad del cuello

¿Fue alterado la posición del apoya cabezas?

Si  No

¿Fue alterado la posición de asiento?

Si  No

¿El asiento se rompió?  Si  No

Cinturón de Seguridad de Abajo:  Lo llevaba puesto  No Me Lo Puse

Cinturón de Seguridad del Hombro:  No Había  Lo llevaba puesto  No Me Lo Puse  No Se

Patient Name: \_\_\_\_\_ 3

Patient #: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

¿Funciono la bolsa de aire?     Si     No  
 ¿Le golpeo la bolsa de aire?     Si     No  
 ¿En que parte? \_\_\_\_\_  
 ¿Se golpeo en alguna parte del carro?     Si     No  
 ¿Con que?     El Volante     el Parabrisas     Apoyabrazos     el Tablero     la Ventana de lado     Bolsa de Aire  
                    la Puerta de lado  
 Manos:  Una Mano sobre el volante     Dos manos sobre el volante     No Me Aplica  
 ¿Estaba preparado para el impacto?     Si     No  
 ¿Sabia que iba a chocar?     Si     No  
 ¿Uso los frenos?     Si     No  
 Su cabeza estaba:     girada a la derecha     girada a la izquierda     mirando hacia el frente  
 ¿Se lastimo la cabeza?     Si     No  
 ¿Se lastimo en otra parte? (listé en orden de severidad.)

**Durante el accidente:**

¿Dio su vehiculo contra algo después que ocurrió el accidente?     Si     No  
 ¿Con que? \_\_\_\_\_

¿Quedo aturdido?     Si     No  
 ¿Perdió la consciencia?     Si     No  
 ¿Por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_  
 Danos a su vehiculo fue:     Leve     Moderado     Extenso     Total  
 ¿Llego la policia?     Si     No    ¿Hicieron un reporte?     Si     No

**Después del accidente:**

Inmediatamente después del accidente, experimento:

- Dolores de Cabeza     Dolor del Cuello     Dolor de la Espalda Media     Dolor en el Hombro / Brazo
- Dolor de la Espalda Baja     Dolor de la Cadera / Pierna     Mareos     Nausea
- Confusión     Desorientación     Otro: \_\_\_\_\_

¿Cuándo aparecieron sus síntomas? \_\_\_\_\_ (horas)  
 ¿Dónde fuiste después del accidente?     Al Trabajo     al Hospital     a la Casa    Otro: \_\_\_\_\_

**Departamento de Emergencia:**

Nombre del Hospital: \_\_\_\_\_

¿Cómo llego: \_\_\_\_\_

¿Radiografías o Exámenes?     Si     No

Anote el tipo (Rayos X, MRI, CT, Análisis de Sangre, EMG, etc.), el lugar y la fecha que las tomo:

1. \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Resultados: \_\_\_\_\_

Medicamentos Recetados: \_\_\_\_\_

Otros tratamientos: \_\_\_\_\_

**Patient Name:** \_\_\_\_\_

**Patient #:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

Instrucciones a Seguir: \_\_\_\_\_

A partir de hoy, cuanto ha mejorado: (aliste las áreas)

Área \_\_\_\_\_ % Mejorado: \_\_\_\_\_

Área \_\_\_\_\_ % Mejorado: \_\_\_\_\_

Área \_\_\_\_\_ % Mejorado: \_\_\_\_\_

¿Tiene un historial de sus síntomas?  Si  No

Describe cada episodio que haya tenido con las fechas: \_\_\_\_\_

¿Ha recibido tratamiento de un quiropráctico?  Si  No ¿Con quien y adonde?:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

Describe que actividades empeoran sus síntomas:

1. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_

Describe que actividades alivian sus síntomas:

1. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_

### **Información General:**

¿Con que mano escribe?  Izquierda  Derecha  Ambas

Uso del Tabaco:  Fumo todos los días  Fumo a veces  Antes Fumaba  Nunca he fumado

¿Cuál es su interés en dejar de fumar?

0 (Ningún Interés)  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10 (Muy Interesado)

Uso de Alcohol:  No uso  Socialmente  Moderado  Exceso

¿Alguna vez ha sido clasificado con una discapacidad?  Si  No

¿Para que? \_\_\_\_\_

### **Historial de Tratamiento:**

¿Ha visto algún medico por sus síntomas?  Si  No

1. **Nombre del Medico:** \_\_\_\_\_ Especialidad: \_\_\_\_\_

Fecha de la Consulta: \_\_\_\_\_ Referido por: \_\_\_\_\_

Tipo de Tratamiento: \_\_\_\_\_

¿Sigue con el tratamiento?  Si  No ¿Le ayudo el tratamiento?  Si  No

¿Le refirieron a alguien? \_\_\_\_\_

Notas: \_\_\_\_\_

2. **Nombre del Medico:** \_\_\_\_\_ Especialidad: \_\_\_\_\_

Fecha de la Consulta: \_\_\_\_\_ Referido por: \_\_\_\_\_

Tipo de Tratamiento: \_\_\_\_\_

¿Sigue con el tratamiento?  Si  No ¿Le ayudo el tratamiento?  Si  No

¿Le refirieron a alguien? \_\_\_\_\_

Notas: \_\_\_\_\_

**Patient Name:** \_\_\_\_\_

**Patient #:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

**Historial Médica Actual:**

Problemas de Salud Actuales (Enfermedad del Corazón, Diabetes, Alta Presión, etc.):  Ninguno

---

---

**Medicamentos que este tomando:**

Vitaminas/Suplementos       Ninguno       Ve a la Lista Separada

---

---

**Alergias a cualquier medicamento:**       No tengo alergias a los medicamentos

1) \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_  
2) \_\_\_\_\_ 4) \_\_\_\_\_

**¿Ha sido diagnosticado de hipertensión?**       Si       No

**¿Ha sido diagnosticado de diabetes?**       Si       No

¿Que Tipo?     Tipo 1     Tipo 2    Su mas reciente hemoglobina ¿fue de A1c > 9.0%?     Si       No       No Se

Otros comentarios concernientes al Diabetes: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Historial de Medico:**

Lesiones a la Cabeza, Cuello y Espalda incluyendo Accidentes de Carro y del Trabajo:

---

---

Cirugías (Fecha y Tipo): \_\_\_\_\_

---

---

Fracturas (Fecha y Tipo): \_\_\_\_\_

**Pregunta de Verificación** (Elija una pregunta, márquela y ponga su respuesta abajo)

- ¿Cuál es el nombre de su mascota favorito?       ¿En que ciudad nació?       ¿Dónde fue a la preparatoria?
- ¿Cuál es su película favorita?       ¿Cuál es el apellido de soltera?       ¿En que calle creciste?
- ¿Cuál fue la marca de tu primer carro?       ¿Cuándo es tu aniversario?

Respuesta a la Pregunta de Verificación: \_\_\_\_\_

**Respuesta debe tener 6 letras y números en total.**

*To be performed by clinic staff:*    **Height:** \_\_\_\_\_ *inches*    **Weight:** \_\_\_\_\_ *lbs*    **BP:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Patient Name:** \_\_\_\_\_

**Patient #:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

**Authorization, Consent and Release**

I consent and authorize the providers of Atlantic Chiropractic Associates, P.A. to examine and/or treat me / my child/legal dependent, if patient is a minor, today and during future office visits.

I authorize the release of any information, including the diagnosis and records of any treatment or examination rendered to me / my dependant during the period of such care to third party payers and/or other health practitioners.

I authorize and request my insurance company to pay benefits directly to Atlantic Chiropractic Associates, P.A., for the services rendered. I understand that my insurance carrier may pay less than the actual bill for services. I agree to be responsible for payment of all co-pays, deductibles, and any other subscriber liabilities at the time that services are rendered, as are allowable.

\_\_\_\_\_  
Signature of Patient or Parent/Guardian of Minor Patient

\_\_\_\_\_  
Date

**Financial Policy**

We are dedicated to providing you with the best possible care and service and regard your understanding of our financial policies as an essential element of your care and treatment. To assist you, we have the following financial policy. If you have any questions, please feel free to discuss them with our staff. Unless other arrangements have been made in advance by either yourself or your health coverage carrier, **full payment is due at the time of service.** For your convenience, we accept Visa and MasterCard.

**Your Insurance**

We have made prior arrangements with many insurers and health care plans. We will bill those plans with whom we have an agreement and will collect any required co-payment at the time of service. The co-payment will be collected when you arrive for your appointment. In the event that your health coverage plan determines a service to be "not covered," **you will be responsible for the complete charge.** In that event, we will bill you and payment is due upon receipt of that statement.

If you have insurance coverage with a plan with which we do not participate, **payment is expected at the time that services are rendered.** We will provide you with a receipt from our office for you to submit to your insurance carrier. Your insurance company should then send the payment directly to you.

**Missed Appointments**

In order to provide the best possible service and availability to all our patients, there may be a \$15.00 fee for any doctor appointment not canceled at least 24 hours in advance. Also, due to the scheduling of massage therapy, there may be a fee of 75% of our regular massage charges for appointments not canceled at least 24 hours in advance. Please call us as early as possible if you know you will need to reschedule your appointment. More than three (3) "no show" appointments without a valid reason may result in discharge from our practice.

I have read and understand the financial policy of the practice; and, I agree to be bound by its terms. I also understand and agree that such terms may be amended from time to time by the practice.

**Acknowledgment of Privacy Practices**

Our practice is committed to protecting privacy and confidentiality. With my consent, Atlantic Chiropractic Associates, P.A., may use and disclose Protected Health Information (PHI) about me or my dependant to perform treatment, payment and healthcare operations (TPO). Please refer to Notice of Privacy Practices of Atlantic Chiropractic Associates, P.A. for a complete description of such uses and disclosures. I acknowledge that a copy of said Notice of Privacy Practices was offered to me.

\_\_\_\_\_  
Signature of Patient or Parent/Guardian of Minor Patient

\_\_\_\_\_  
Date

Patient Name: \_\_\_\_\_ 7  
Patient #: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

