



Nombre del Lesionado: _____ Fecha Accidente: _____ Edad: _____
Ocupación: _____ Núm. de Reclamación: _____ Médico Primario y/o IPA: _____

Datos médicos que pueden ayudar al manejo adecuado del lesionado

Recibe o ha estado en tratamiento antes del accidente para las siguientes condiciones:

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| | Sí | No |
| 1. Alta presión (Hipertensión Arterial) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Marcapaso | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Diabetes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Enfermedades Tiroides | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Convulsiones / Epilepsia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Enfermedad de Salud Mental (Nervios) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Alzheimers Disease | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Dolor de cabeza / Migraña | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Problemas visuales | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Espejuelos <input type="checkbox"/> Cataratas <input type="checkbox"/> Glaucoma | | |
| 10. Desbalances | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Pérdida de audición | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Utiliza audífonos | | |
| 12. ¿Tiene dientes postizos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Trauma a la mandíbula | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Dolor de huesos | Izq. | Der. |
| a. Dolor en el cuello | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Dolor en los hombros | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Dolor en las manos / Muñecas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Dolor en la espalda | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Alta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Media | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Baja | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Dolor en las caderas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Dolor en las rodillas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Dolor tobillo / Pie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Brazos o piernas artificiales | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Cuántos? _____ | | |
| 17. Quistes o masas en los senos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Problemas respiratorios | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Asma bronquial <input type="checkbox"/> Copd | | |
| <input type="checkbox"/> Sinusitis <input type="checkbox"/> Bronquitis, Enfisema | | |
| 20. Dolor abdominal, estómago, intestino | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Discos herniados | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| a. Cervical (cuello) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Lumbar (espalda) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Manejo del dolor / Bloqueos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Vejiga caída / Se le sale la orina | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Historial de fractura o caídas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Historial de: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Artritis Reumatoidea | | |
| <input type="checkbox"/> Osteoporosis <input type="checkbox"/> Lupus | | |
| 26. Mala Circulación | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. Hábitos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Fuma <input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Drogas | | |
| 28. Embarazada | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Semanas de embarazo _____ | | |

Está tomando medicamentos para:

- | | | | | | |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------|--------------------------|--------------------------|
| | Sí | No | | Sí | No |
| Presión / Corazón | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Azúcar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Epilepsia / Nervios | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Circulación | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Anticoagulantes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| Para dolores de cuello, espalda | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Para otra condición ¿Cuál? _____ | | | | | |
| Medicamento _____ | | | | | |

Alergias a medicamentos o alimentos:

- | | | | | | |
|----------|--------------------------|--------------------------|-------------|--------------------------|--------------------------|
| | Sí | No | | Sí | No |
| Aspirina | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Penicilina | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sulfas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Otros _____ | | |

Ha tenido operaciones de:

- | | | |
|---|--------------------------|---|
| | Sí | No |
| Cataratas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ¿Cuándo? _____ |
| Cirugía de cuello / Espalda | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ¿Cuándo? _____ |
| Corazón | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ¿Cuándo? _____ |
| Discos herniados | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ¿Cuándo? _____ |
| a. Cervical (cuello) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Lumbar (espalda) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fracturas con metales de fijación | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ¿Cuándo? _____ |
| <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Artritis | | |
| Reemplazo articulación | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ¿Cuándo? _____ |
| ¿Cuál? _____ | | |
| Cirugías abdominales / Pélvicas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Otros: Especifique _____ | | |
| Hernias abdominales o inguinales | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ¿Cuándo? _____ |
| Artroscopia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ¿Cuándo? _____ |

Estudios realizados durante los últimos

dos años:

- | | | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|-------|-----------|--------------------------|--------------------------|----------------|
| | Sí | No | Fecha | | Sí | No | Área anatómica |
| Rayos X | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | Sonograma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Bone Scan | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | MRI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| EEG | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | EMG / NVC | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Mamografías | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | CT Scan | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Doppler | | | | | | | |
| Arterial | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | Venoso | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| ¿De qué área anatómica? _____ | | | | | | | |
| Casos en el Fondo del Seguro del Estado | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| Casos previos en ACAA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| ¿Ha estado hospitalizado? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| ¿Cuándo? _____ | | | | | | | |

Firma del lesionado _____
Firma del familiar / encargado _____
Relación con el lesionado _____
Fecha _____

*Este documento debe ser completado en su totalidad