ACAA
ADMINISTRACIÓN DE COMPENSACIONES POR ACCIDENTES DE AUTOMÓVILES
te protege

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)	☐	☐
2. Marcapaso	☐	☐
3. Diabetes	☐	☐
4. Enfermedades Tiroides	☐	☐
5. Convulsiones / Epilepsia	☐	☐
6. Enfermedad de Salud Mental (Nervios)	☐	☐
7. Alzheimers Disease	☐	☐
8. Dolor de cabeza / Migraña	☐	☐
9. Problemas visuales	☐	☐
☐ Espejuelos ☐ Cataratas ☐ Glaucoma		
10. Desbalances	☐	☐
11. Pérdida de audición	☐	☐
☐ Utiliza audífonos		
12. ¿Tiene dientes postizos?	☐	☐
13. Trauma a la mandíbula	☐	☐
14. Dolor de huesos	☐	☐
a. Dolor en el cuello	☐	☐
b. Dolor en los hombros	☐	☐
c. Dolor en las manos / Muñecas	☐	☐
d. Dolor en la espalda	☐	☐
☐ Alta	☐	☐
☐ Media	☐	☐
☐ Baja	☐	☐
e. Dolor en las caderas	☐	☐
f. Dolor en las rodillas	☐	☐
g. Dolor tobillo / Pie	☐	☐
16. Brazos o piernas artificiales	☐	☐
¿Cuántos?_____		
17. Quistes o masas en los senos	☐	☐
18. Problemas respiratorios	☐	☐
☐ Asma bronquial ☐ Copd		
☐ Sinusitis ☐ Bronquitis, Enfisema		
20. Dolor abdominal, estómago, intestino	☐	☐
21. Discos herniados	☐	☐
a. Cervical (cuello)	☐	☐
b. Lumbar (espalda)	☐	☐
22. Manejo del dolor / Bloqueos	☐	☐
23. Vejiga caída / Se le sale la orina	☐	☐
24. Historial de fractura o caídas	☐	☐
25. Historial de:	☐	☐
☐ Artritis ☐ Artritis Reumatoidea		
☐ Osteoporosis ☐ Lupus		
26. Mala Circulación	☐	☐
27. Hábitos	☐	☐
☐ Fuma ☐ Alcohol ☐ Drogas		
28. Embarazada	☐	☐
Semanas de embarazo_____		

	Izq.	Der.
a. Dolor en el cuello	☐	☐
b. Dolor en los hombros	☐	☐
c. Dolor en las manos / Muñecas	☐	☐
e. Dolor en las caderas	☐	☐
f. Dolor en las rodillas	☐	☐
g. Dolor tobillo / Pie	☐	☐
16. Brazos o piernas artificiales	☐	☐

Está tomando medicamentos para:

	Sí	No		Sí	No
Presión / Corazón	☐	☐	Azúcar	☐	☐
Epilepsia / Nervios	☐	☐	Circulación	☐	☐
Anticoagulantes	☐	☐			
Para dolores de cuello, espalda				☐	☐

Para otra condición ¿Cuál?_____

Medicamento _____

Alergias a medicamentos o alimentos:

	Sí	No		Sí	No
Aspirina	☐	☐	Penicilina	☐	☐
Sulfas	☐	☐	Otros _____		

Ha tenido operaciones de:

	Sí	No	
Cataratas	☐	☐	¿Cuándo?_____
Cirug a de cuello / Espalda	☐	☐	¿Cuándo?_____
Corazón	☐	☐	¿Cuándo?_____
Discos herniados	☐	☐	¿Cuándo?_____
a. Cervical (cuello)	☐	☐	
b. Lumbar (espalda)	☐	☐	
Fracturas con metales de fijación	☐	☐	¿Cuándo?_____
☐ Trauma ☐ Artritis			
Reemplazo articulación	☐	☐	¿Cuándo?_____
¿Cuál?_____			
Cirugías abdominales / Pélvicas	☐	☐	
Otros: Especifique _____			
Hernias abdominales o inguinales	☐	☐	¿Cuándo?_____
Artroscopía	☐	☐	¿Cuándo?_____

Estudios realizados durante los últimos dos años:

	Sí	No	Fecha		Sí	No	Área anatómica
Rayos X	☐	☐	_____	Sonograma	☐	☐	_____
Bone Scan	☐	☐	_____	MRI	☐	☐	_____
EEG	☐	☐	_____	EMG / NVC	☐	☐	_____
Mamografías	☐	☐	_____	CT Scan	☐	☐	_____
Doppler							
Arterial	☐	☐	_____	Venoso	☐	☐	_____

¿De qué área anatómica?_____

Casos en el Fondo del Seguro del Estado	☐	☐	_____
Casos previos en ACAA	☐	☐	_____
¿Ha estado hospitalizado?	☐	☐	_____

¿Cuándo?_____

Firma del lesionado _____

Firma del familiar / encargado _____

Relación con el lesionado _____

Fecha _____

*Este documento debe ser completado en su totalidad