

**Bovadilla Chiropractic Clinic**

6023 S. Sheridan Road, Tulsa, OK 7414 Phone:(918) 493-1493 Fax: (918) 493-1773

Name \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
(Nombre) (Fecha)

(Please print/Por favor escriba en letra de molde)

New Complaints (symptom[s]) - Yes? or No?  
(Nuevos Dolores? – Si? No?)

Scale/Escala 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

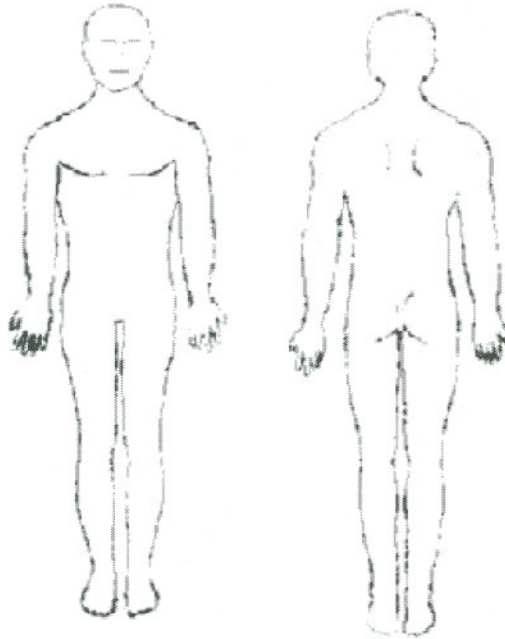
Pain / Dolor = xxxx

Stiffness / Tieso = 0000

Numbness / Entumecido = ///

Tingling / Comezon = ++++

Other / Otro



Signature / Firma \_\_\_\_\_

## **Bovadilla Chiropractic Clinic**

6023 South Sheridan Road Tulsa, Ok. 74145 Office (918) 493-1493 Fax (918) 493-1773

### **Workman's Comp**

#### **Forma #1 Por Favor Complete la Forma a lo Mejor de su Reconocimiento**

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

(Si es un Menor, Nombre de Guardian(s) \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_

# de Telefono \_\_\_\_\_ # de Seguro Social \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ Sexo: M \_\_\_ F \_\_\_

Casado \_\_\_ Viudo(a) \_\_\_ Divorciado(a) \_\_\_ Separado(a) \_\_\_ Soltero(a) \_\_\_ # de hijos \_\_\_

Grado Completado en la Escuela \_\_\_\_\_ # de anos Completado en la Universidad \_\_\_\_\_

Certificado de Escuela Tecnica \_\_\_\_\_

Fecha de Accidente \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Falto al Trabajo por Causa de Accidente? Si \_\_\_ No \_\_\_

Si Contesto, SI, de Cuando \_\_\_\_\_ A Cuando \_\_\_\_\_

En Donde Ocurrio el Accidente \_\_\_\_\_

Lugar de trabajo al Tiempo del Accidente \_\_\_\_\_ # de Telefono \_\_\_\_\_

Descripcion de Trabajo \_\_\_\_\_

Describe en sus propias palabras el Accidente \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Inmediatamente Despues del Accidente, Como se Sintio? \_\_\_\_\_

Estuvo Inconsciente? Si \_\_\_ No \_\_\_ Desorientado? Si \_\_\_ No \_\_\_ Mareado? Si \_\_\_ No \_\_\_

Fue al Hospital? Si \_\_\_ No \_\_\_ Fue Inmediatamente Despues del Accidente \_\_\_\_\_

Proximo Dia \_\_\_ Dios dias o mas despues del Accidente \_\_\_

Fue llevado en: Ambulancia \_\_\_ o Transportacion Privada \_\_\_

Nombre de Hospital: \_\_\_\_\_ Nombre del Doctor \_\_\_\_\_

Tratamiento que recibio \_\_\_\_\_ Diagnostico \_\_\_\_\_

Le tomaron radiografias? Si \_\_\_ No \_\_\_ Fue admitido(a) en el Hospital? Si \_\_\_ No \_\_\_

Por cuanto tiempo? \_\_\_\_\_ Que medicamentos le dieron? \_\_\_\_\_

**Por Favor Llene La Forma Por De Atras**

Por favor lista los nombres de los otros doctores, hospital and fecha:

Doctor \_\_\_\_\_ Hospital \_\_\_\_\_ Cuando \_\_\_\_\_ A Cuando \_\_\_\_\_

Doctor \_\_\_\_\_ Hospital \_\_\_\_\_ Cuando \_\_\_\_\_ A Cuando \_\_\_\_\_

Terapia Fisica \_\_\_\_\_ Cuando \_\_\_\_\_ A Cuando \_\_\_\_\_

Por favor circule y ponga la fecha de cada procedure que a hecho: MRI \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

CT SCAN \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Ultimas Radiografias \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Otro \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

El nombre del doctor que lo dio de alta y la fecha: \_\_\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

La fecha en que usted regreso al trabajo: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Liste algun otro accidente relacionado con el trabajo y fechas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Liste algun otro accidente no relacionado con el trabajo, las fechas, y la parte del cuerpo danada: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Liste alguna alergia a Medicamentos \_\_\_\_\_

Liste todos las medicamentos que usted esta tomando \_\_\_\_\_

Antes de su reciente accidente liste su historia medica (incluye operaciones, enfermedades, diabetes, fracturas, etc.) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fuma? Si \_\_\_ No \_\_\_ Por cuanto tiempo? \_\_\_ Cuantos paquetes al Dia \_\_\_

Quito? Cuando \_\_\_\_\_ Toma alcohol? Si \_\_\_ No \_\_\_ Toma medicamento recreation? Si \_\_\_ No \_\_\_

Presente Trabajo y Decripcion de trabajo: \_\_\_\_\_

Que otros trabajos ha hecho en el pasado: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Desde el Accidente, su dolor a: Mejorado \_\_\_ Seguido Igual \_\_\_ Empeorado \_\_\_

**Yo Afirmo que la Informacion Arriba es Correcta al Mejor de mi Conocimiento**

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

Yo acepto la respndcabilidad de pagar los costos de los servicios medicos que recibire del Dr. Bovadilla. Tambien se que yo soy responsable, si la compania de seguros (seguro de salud, seguro de trabajadores de compesation, o seguro de accidente automovilistico) no cubre los costos.