

REACH CHIROPRACTIC
AUTOMOBILE/PI QUESTIONNAIRE

Dear Patient:

This information is used to help us determine if chiropractic care can help your condition. We will not accept your case if we do believe your condition will respond satisfactorily to care. In order for us to understand your condition properly, please be as NEAT and ACCURATE as possible while completing this form.

Esta informação é usada para nos ajudar a determinar se o tratamento quiroprático pode ajudar a sua condição. Nós não vamos aceitar seu caso, se nós acreditamos que sua condição não irá responder satisfatoriamente aos cuidados. Para podermos entender sua condição corretamente, por favor, seja tão ORGANIZADO e PRECISO quanto possível, enquanto preencher este formulário.

PLEASE ANSWER ALL QUESTIONS COMPLETELY.

Por favor preencher o formulário completamente.

Explain in detail how your accident happened: (Explique em detalhe como aconteceu o acidente)

1. Date of accident: _____ Time of day: _____
Data do acidente Horário

2. Were you (Voce era): Driver Passenger Back seat driver side Back seat passenger side
 Motorista Passageiro Banco atrás do motorista Banco atrás do passageiro

3. Does your car have a headrest? Yes No
O seu carro tem apoio para a cabeça? Sim Nao

4. How many people were in the vehicle? _____ Were you wearing a seat belt? Yes No
Quantas pessoas estavam no carro? Voce estava usando cinto de segurança? Sim Nao

5. Were you struck from: Behind Front Driver side Passenger side
Voce foi atingido de: Traz Frente Lado do motorista Lado do passageiro

6. Speed of your car? _____ mph Other car? _____ mph
Velocidade do seu carro Outro carro?

7. Kind of vehicle you driving: Model _____ Make _____ Year _____
Qual o tipo do seu carro: Marca Modelo Ano

8. How much damage to your car? \$ _____
Quanto o valor dos danos do carro?

Patients Name: _____ DOB: _____

9. Did you have any physical complaints BEFORE THE ACCIDENT? Yes No If yes, Please describe:
Voce tinha algum problema físico ANTES DO ACIDENTE? Sim Nao Se sim, explique:

10. Please describe how you felt DURING the accident? _____
Explique como voce se sentiu DURANTE o acidente?

Immediately after the accident? Imediatamente depois do acidente? _____

Later that day? Mais tarde durante o dia? _____

The next day? O dia seguinte? _____

11. Did you experience any of the following after the accident: Voce teve algum dos sintomas depois do acidente:

lost consciousness? Yes No If yes, for how long? _____
Perda de consciencia Sim Nao Se sim, por quanto tempo?

Nausea? Yes No If yes, for how long? _____
Nausea? Sim Nao Se sim, por quanto tempo?

Dizziness? Yes No If yes, for how long? _____
Tontura? Sim Nao Se sim, por quanto tempo?

Headache? Yes No If yes, for how long? _____
Dores de cabeça? Sim Nao Se sim, por quanto tempo?

Loss or changes in vision? Yes No If yes, for how long? _____
Perca ou mudanças de visão? Sim Nao Se sim, por quanto tempo?

Confusion/Disorientation? Yes No If yes, for how long? _____
Confusao/Disorientacao? Sim Nao Se sim, por quanto tempo?

12. Was the police notified and on-scene? Yes No
Notificaram a policia? Sim Nao

13. Where did you go after accident? Home Work Hospital
Onde voce foi depois do acidente Casa Trabalho Hospital

Mode of transportation Self Driven by other Ambulance
Modo de transporte Voce dirigiu Alguem te levou Ambulancia

Patients Name: _____ DOB: _____

If you were taken to the hospital or went to another health care provider, please answer the following:

Se voce foi para o hospital ou outro centro de saúde, por favor responda as seguintes perguntas:

Where did you go? _____

Para onde você foi?

14. Were X-rays or other imaging taken? Yes No If yes, what were the results? _____
Foram feitas radiografias ou outros exames? Sim Nao Se sim, qual foram os resultados?

15. Were you prescribed or given any medication? Yes No If yes, please list them: _____
Voce recebeu algum remedio ou receita médica? Sim Nao Se sim, por favor lista-los:

16. Since the accident, are your symptoms: Improving Getting worse Same
Desdo acidente, os sintomas estao: Melhorando Piorando Mesmo

17. Have you lost time from work as a result of this accident? Yes No
Voce perdeu horas de trabalho como resultado do acidente? Sim Nao

If yes, Explain: _____

Se Sim, Explique

18. Have you noticed any activity restrictions as a result of this accident? Yes No
Voce tem notado alguma restrição em atividades como resultado do acidente? Sim Nao

If yes, Explain: _____

Se Sim, Explique

BY SIGNING THIS DOCUMENT I CONFIRM I HAVE ANSWERED THIS TO THE BEST OF MY ABILITY AND IN THE MOST TRUTHFUL MANNER.

COM A MINHA ASSINATURA EU CONFIRMO QUE RESPONDI AS PERGUNTAS COM A MINHA MELHOR CAPACIDADE E DE FORMA VERDADEIRA.

Patient or Authorized Person's Signature
Assinatura do paciente ou responsavel

____ - ____ - ____
Date Completed
Data de Conclusao

IF PATIENT IS A MINOR, PLEASE STATE RELATIONSHIP
SE O PACIENTE E DE MENOR, QUAL O RELACIONAMENTO AO MENOR

Doctor/Witness Signature
Assinatura do(a) doutor(a)

____ - ____ - ____
Date Form Reviewed
Data de Revisao

Patients Name: _____ DOB: _____