

**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: \_\_\_\_\_