

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono (casa): \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Teléfono (Trabajo): \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Método preferido de contacto  Teléfono  Email  Texto

Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo:  Femenina  Masculino Social Security No \_\_\_\_\_

Estado Civil:  Casado(a)  Soltero(a)  Viudo(a)  Separado(a)  Divorciado(a)

Origen:  Americano  Hispano/a  Afroamericano  Indoamericano  Nativo de Alaska  Asiático  India asiática  Multirracial

Número de seguro social: \_\_\_\_\_ Numero de licencia: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia: Nombre: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Cónyuge / Nombre del asociado: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Pariente más cercano: Nombre: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Nombre de soltera de la madre: \_\_\_\_\_ (For electronic access of records)

## Accidente o lesión

Fecha del accidente/Lesion: \_\_\_\_\_

Favor describir su accidente o lesión: Que fue la causa de su lesión? \_\_\_\_\_

¿Donde se lesiono: Donde tiene el dolor? \_\_\_\_\_

¿Tratamiento previo para esta condición o lesión? :  No  Si ¿adónde?: \_\_\_\_\_

El dolor es por causa de:  Accidente nuevo  Lesión anterior Día en cual los síntomas empezaron:  \_\_\_\_\_  
 Inicio gradual

Que ayuda para el dolor? \_\_\_\_\_

Que empeora el dolor? \_\_\_\_\_

El dolor irradiar, de viaje o disparar en cualquier lugar:  No  Si ¿Donde?: \_\_\_\_\_

## Medicamentos / OTROS TRATAMIENTOS

Medicamento (s) / Condiciones:  Ninguna  Tipos de cáncer / tumores  Diabetes  renal / hepática  Hepatitis  Auto-Immun  VIH  Presión arterial  problemas Stroke  corazón  trastornos meningitis  Mental  Convulsiones  GU / GI  respiratoria  problemas espinales  Artritis  hueso  tejido blando relajantes  Nacimiento  control muscular  analgésicos  anti-inflamatorio  antidepressivos  Los antibióticos  Las hormonas  tiroides Medicamentos  inhalador  Alergia Medicamentos  de esteroides otra (s) \_\_\_\_\_

OTC Medicamentos:  Ninguna  aspirina  Tylenol  El ibuprofeno (Advil, Motrin)  El naproxeno (Aleve)  Cremas (Icy Hot , Ben Gay)

los medicamentos actuales: (Anote todos los medicamentos que se toman dentro de los últimos 30 días)

vitaminas / suplementos nutricionales:  Ninguna  Multi-vitamina Vit. A  Vit. B  Vit. B Vit. D  Vit. E  Vit. K  Prenatal  calcio  Hierbas  Remedios Naturalpathic  Otro: \_\_\_\_\_

otros tratamientos para la CONDICIÓN (s) ACTUAL:  Ninguna  ER  MD / DO / NP  Quiropráctico / acupuntura  Manejo del Dolor  terapeuta físico  Psicólogo  Consejero  masaje  TENS  unidad de medicación  Tratamiento en el hogar  Resto"

## información Ocupación

Ocupación: \_\_\_\_\_ Supervisor: \_\_\_\_\_ :

Empleador: \_\_\_\_\_ Numero de supervisor: \_\_\_\_\_

Dirección de empleador: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Cuanto tiempo de empleo: \_\_\_\_\_ Horario de trabajo: \_\_\_\_\_ Perdido días de trabajo?  No  Si Cuanto: \_\_\_\_\_

## HISTORIAL DE SALUD ANTERIOR

**Enfermedad:**  Paperas  Sarampión  Rubeola  Varicela  Tos ferina  TB  VIH  Enfermedades contagiosas

**Vacunaciones:**  Sarampión  Rubeola  Varicela  Tos ferina  Hepatitis  Meningitis  Neumonía  Gripe

**Anterior:**  Accidente automovilístico  Lesiones de trabajo  Lesiones deportivas

**Tratamiento Previo**  Ninguna  Sala de Emergencias  MD/DO  Quiropráctico/Acupuntura  Physical Therapist  Psicólogo  
 Consejero  Masajes

**Historia Previa:**  Ninguna  Embarazo  Hospitalizaciones  Cirugías  Afecciones graves  Accidentes  Fracturas

**Alergias:**  Ninguna  Alimentos  Picaduras de Insectos  Medicamentos  Polen / hierbas  Ambiental de látex  gato / perro caspa  
 Químicos  Otro

**¿Ha tenido algún cambio en su salud?** ( Es decir,  Nuevo diagnóstico,  accidente (s),  lesiones (s)  cirugía,  terapia,  cáncer,  tumores,  diabetes,  problemas del corazón,  presión arterial,  accidente cerebrovascular,  convulsiones,  tiroides.  U otros problemas desde que eras último examen en esta oficina? **Si No**

**"Otras condiciones actuales (que pueden afectar el resultado):**  Ninguna  Obesidad  mala condición física  sedentario  estilo de vida Discapacidad  Edad  Ocupación  Diabetes  Presión arterial alta  Fumador  café / té bebedor  El alcohol Bebedor  Soda Beber  Artritis  Otro (s)"

## HISTORIA PERSONAL Y SOCIAL

**Hijos(as):**  No  Si Nombres/edades: \_\_\_\_\_

**Afiliación religiosa:**  Católica  Protestante  Judía  Musulmanes  Hindú  Budista

**Ejercicios:**  Camina/Corre  Aerobic  Entrenamiento/Gimnasio  Pesas  
 Estiramiento/Yoga  Bicicleta  Natación  Deportes

**Dieta:**  Dieta Regular  Vegetariana  Dieta Diabética  Gluten libre  Baja en carbohidratos  Comida rápida  Ninguna  Algunas

**Buen apetito:**  Si  No **Salta entre sus comidas:**  Si  No **Duermes bien?**  Si  No **Cuantas horas:** \_\_\_\_\_

**Bebidas:**  Agua  Aguas frescas  Café  Te  Soda  Alcohol **Cuantas/ Con qué frecuencia:** \_\_\_\_\_

**Fumar:**  Nadie en el hogar fuma  Nunca fume  Deje de fumar (hace cuanto) \_\_\_\_\_  Tratando de dejar de fumar  Fumo: \_\_\_\_\_

**Relaciones Intimas:**  No está sexualmente activa  Sexualmente activa:  Método de control de la natalidad: \_\_\_\_\_

**Aficiones/ Actividades de ocio:** \_\_\_\_\_  
(Jardinería, jugar con los niños / nietos, tarjetas / juegos, caminatas, senderismo, natación, costura, softball, bailes, eventos sociales, sentado en el teatro, etc.)

**Adicciones:** \_\_\_\_\_  
(es decir, fumar, alcohol, drogas, café, té, refrescos, azúcar, hidratos de carbono, grasa de, ejercicio, televisión, ordenador, videojuegos, juegos de azar, sexo, etc.)

**Factores de estrés: Causas de estrés:** \_\_\_\_\_  
(Es decir, la escuela, el trabajo, Incapacidad para trabajar, problemas de dinero, cuentas, daños del coche, hijos, cónyuge, vecinos, Conducir, dolor, etc.)

**¿Cómo es su condición que afecta a sus actividades:** \_\_\_\_\_  
(Incapaz de trabajar, incapaces de casas de campo, incapaz de correr, no puede trabajar, incapaz de jugar con los niños, incapaces de hacer las tareas domésticas. Etc)

## HISTORIA FAMILIAR

Condición	Miembro		Condición	Miembro		Condición	Miembro	
	Usted	de familia		Usted	de familia		Usted	de familia
Cáncer/Tumores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades De Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de columna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presión arterial alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Riñón/Hígado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Traza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GU/GI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Adición(es)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auto-Immun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastornos mentales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Meningitis <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NADA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

## RESPONSABILIDAD FISCAL

**Seguro de:**  médicos mayores / salud  Comp de trabajo  (resbalón y caída) responsabilidad  automóvil  abogado  efectivo

**seguro nombre de la empresa:** \_\_\_\_\_ **teléfono:** \_\_\_\_\_

**dirección:** \_\_\_\_\_ **ciudad:** \_\_\_\_\_ **estado:** \_\_\_\_\_ **Zip:** \_\_\_\_\_

**reclamación / número de póliza:** \_\_\_\_\_ **nombre de abogado:** \_\_\_\_\_

**por favor tenga en cuenta vamos a hacer una fotocopia de su identificación con foto, buzos licencia, tarjeta de seguro, tarjeta de abogado e informe de la policía.**

Todas las tanifas son pagaderas en el momento del servicio, a menos que otro arreglo se ha adelantado. Entiendo que soy personalmente responsable por el monto total de los restantes cargos en mi cuenta. Entiendo que si este saldo pago es debido dentro de los 30 días de servicio. Después de 30 días cargos de interés (1.5% / mes o 18% anual) por saldo impago y \$5.00 cargo cada vez que se le factura de facturación. Si envía a la colección todos los honorarios de colección, honorarios de abogado, tasas judiciales y otros relacionados también será de pago. Rayos x siguen siendo propiedad de esta clínica. Gracias.

**Yo, abajo firmante, herby dar permiso para tratamiento y.**

(X) 12. FIRMA de pacientes autorizados persona: autorizo la publicación de cualquier intermedio u otra información necesaria para procesar esta solicitud. También solicito el pago de las prestaciones a la parte que acepta la asignación siguiente.

(X) 13. FIRMA o persona del asegurado autorizada: autorizo el pago de las prestaciones médicas el médico abajo firmante o proveedor de servicios descritos en el formulario de declaración o reclamación detallada...

(X) beneficios han sido asignados al médico preste el médico directo.

(X) la aseguradora o el abogado es autorizado y dirigido a hacer retirar y enviar por correo el cheque de liquidación de la reclamación a Joseph H. Lones III (X) por la presente autorizo al médico que me trata para designar a sus ayudantes para administrar tratamiento que así considere necesario.

**X** \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

## Revisión De Sistemas

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Favor de marcar los síntomas que tiene y dejar en blanco los que no tiene.

### Salud en general

Ningún problema

Falta de energía, aumento o pérdida de peso inexplicable, pérdida del apetito, fiebre, sudores nocturnos, dolor en maxilares al comer, sensibilidad del cuero cabelludo, diagnóstico previo de cáncer. Otro: \_\_\_\_\_

### Ojos

Ningún problema

Diplopía, lagrimeo, cambios visuales, dolor en los ojos, visión doble, escotomas, puntos ciegos, sentir que se derribo una cortina. Otro: \_\_\_\_\_

### Oídos, Nariz, Boca & Garganta

Ningún problema

Dificultad de audición, problemas de sinusitis, nariz que moquea, goteo pos nasal, zumbido en los oídos, llagas en la boca, dientes flojos, dolor de oído, sangrado nasal, dolor de garganta, dolor facial o entumecimiento. Otro: \_\_\_\_\_

### Corazón & Vasos Sanguíneos

Ningún problema

Latidos cardiacos irregulares, corazón acelerado, dolores en el pacho, hinchazón de pies o piernas, dolor en las piernas al caminar. Otro: \_\_\_\_\_

### Pulmones & Respiración

Ningún problema

Falta de aire, sudores nocturnos, tos prolongada, sibilancia, producción de esputo, tuberculosis previa, pleuresía, oxígeno en casa, expectoración con sangre, radiografía del pecho anormal. Otro: \_\_\_\_\_

### Estomago & Los Intestinos

Ningún problema

Acidez, estreñimiento, intolerancia a ciertos alimentos, diarrea, dolor abdominal, dificultad para deglutir, náuseas, vómitos, sangre en heces, inexplicable cambio en los hábitos intestinales, incontinencia. Otro: \_\_\_\_\_

### Riñón & Vejiga

Ningún problema

Micción dolorosa, ganas frecuentes de orinar, urgencias, problemas de la próstata, problemas de la vejiga, impotencia. Otro: \_\_\_\_\_

### Músculos, Huesos, & Articulaciones

Ningún problema

Dolor en las articulaciones, músculos doloridos, dolor de hombro, hinchazón de las articulaciones, deformidades articulares, dolor de espalda. Otro: \_\_\_\_\_

### Piel, Pelo, & Pechos

Ningún problema

Erupción persistente, picazón, nueva lesión de piel, cambio en lesiones cutáneas existentes, pérdida de pelo o aumento, cambios mamarios. Otro: \_\_\_\_\_

### Cerebro & Nervios

Ningún problema

Frecuentes dolores de cabeza, visión doble, debilidad, cambio en la sensación, problemas para caminar o equilibrio, mareo, temblor, pérdida de la conciencia, movimientos incontrolados, episodios de pérdida visual. Otro: \_\_\_\_\_

### Pensamiento & Estado de ánimo

Ningún problema

Insomnio, irritabilidad, depresión, ansiedad, malos pensamientos recurrentes, cambios de humor, alucinaciones, compulsiones. Otro: \_\_\_\_\_

### Glándulas

Ningún problema

Intolerancia al calor o al frío, irregularidades menstruales, frecuente micción/sed/ o hambre, cambios en el apetito sexual. Otro: \_\_\_\_\_

### Sangre/Linfático

Ningún problema

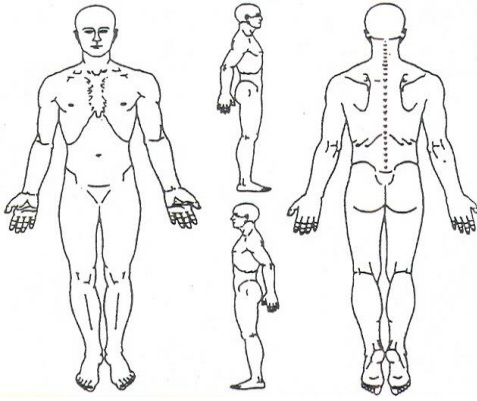
Fácil sangrado, contusión fácil, anemia, análisis de sangre anormales, leucemia, áreas hinchadas inexplicables. Otro: \_\_\_\_\_

### Alergias/Inmunológicas

Ningún problema

Alergias estacionales, síntomas de la fiebre del heno, picazón, infecciones frecuentes, exposición al VIH. Otro: \_\_\_\_\_

## DIARIO SUBJETIVO



¿Nuevas lesiones o síntomas?  Si  No  
¿Cualquier cambio en los síntomas desde última visita  Si  No  
 Mejorado  Igual  Empeoro

Escala del dolor 0-10 (10=Peor) Hoy es \_\_\_\_\_  
Porcentaje del tiempo que molesta: 0-100 (100 =Constante) \_\_\_\_\_

Iniciales: \_\_\_\_\_

W/C  MVA  S/F  Deportes  Otro DOI: \_\_\_\_\_

Favor de sombrar áreas problemáticas

¿Cómo están cambiando sus síntomas con el tiempo?  Empeorando  Igual  Un poco mejor  Mucho mejor  Resuelto

Mi condición(es) con el tratamiento.  Generalmente mejora  Mejora temporalmente  No mejora

Descripción del dolor & los síntomas:

- Afilado  Difuso  Dolorido  Ardiente  Pulsadas  Exprimir  Calambres  Entumecimiento  Hormigueo
- Rigidez  Perdida de fuerza  Debilidad  Perdida de movimiento  Se siente dormido
- Agudo con movimiento  Apuñalar con movimiento  Disparos con movimiento  Calambres con movimiento

Actividades Afectadas:

- Flexión  Cucullas  Agacharse  De Rodillas  Propensión  Torciendo  Torneando  Girando
- Asintiendo con la cabeza  Equilibrio  Estirando  Empujando  Jalando  Elevación  Levantando  Cargando
- Parado(a)  Caminando  Escalando  Arrastrándose  Gateando
- Sentada  Al pararse  Bajándose  Acostado(a)  Durmiendo  Montando  Manejando  Abriendo objetos
- Perdida o Disminución de fuerza  Perdida o Disminución del Movimiento  Perdida o Disminución del Movimiento Fino
- Fatiga  Nausea

¿Que tanto interfiere este problema con las actividades o tareas de la casa?

- Nada  Un poco  Moderadamente  Mucho  Extremadamente

¿Que tanto interfiere este problema con las actividades sociales?

- Nada  Un poco  Moderadamente  Mucho  Extremadamente

¿Que tanto interfiere este problema con las actividades en la escuela o el trabajo?

- Nada  Un poco  Moderadamente  Mucho  Extremadamente

Trabaja:  No  Si  Tiempo Completo  Parte del tiempo  Obligaciones completas  Limite de obligaciones

Tratamientos en casa:  Descansa  Paquete Caliente  Baños calientes/duchas calientes  Paquetes Fríos

Baños fríos/duchas frías  Bañera de hidromasaje, Jacuzzi, Sauna  Masajes  Estira/Yoga  Ejercicio

Cremas/Pomadas  Icy Hot  Ben Gay  Bio-Freeze  Skinner's Salve

Aspirina  Tylenol  Ibuprofen (Advil)  Naproxen (Aleve)  Medication(s) \_\_\_\_\_

¿Con que frecuencia experimenta los síntomas?  Constantemente (76-100% del tiempo)  Frecuentemente (51-75% del tiempo)

Ocasionalmente (26-50% del tiempo)  Intermitentemente (1-25% del tiempo)

La gravedad de los síntomas:

**Mínimo** - Cuando los síntomas o signos constituyen una molestia, pero **no** causan deterioro en el desempeño de una actividad en particular.

**Poca** - Cuando los síntomas o signos pueden ser tolerados, pero podría causar algún deterioro en el desempeño de una actividad que precipita los síntomas o signos.

**Moderado** - Cuando los síntomas y signos podrían provocar un deterioro notable en el desempeño de una actividad que precipita la síntomas o signos.

**Marcado** - Cuando el síntoma o signos impiden toda actividad que precipita los síntomas o signos

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Check any condition or symptoms you have.**

Circule sintomas que tenga

- ( ) **Post-Traumatic Headache** G44.311  
 ( ) **Headache** / Dolor de Cabeza R51  
 ( ) **Concussion** / Concusion S06.0X9A  
 ( ) **Lightheaded** / Borracheras de cabeza R42  
 ( ) **Fainting** / Desmayos R55  
 ( )  **ringing in ears** / Zumbido en oidos H93.1  
 ( ) **Tinnitus** / Zumbido H93.1  
 ( ) **Visual Discomfort/** H53.149  
     dolor en los ojos por la luz  
 ( ) **Loss of smell-taste/** Perdida de olor-sabor R438/9  
 ( ) **Loss of appetite/** Perdida de Apetito F50.80  
 ( ) **Dizziness** / Mareos R42  
 ( ) **Vertigo** / Vertigo R42  
 ( ) **Mental Disorder/**confusion mental F06.8  
 ( ) **Mild cognitive impairment** G31.84  
 ( ) **Altered mental status/**Alertada mental 780.91  
 ( ) **Memory Loss** / Perdida de memoria R41.3  
 ( ) **Anxiety** / Ansiedad F49.1  
 ( ) **Depression** / Deprecion F32.9  
 ( ) **Nervous** / Nervioso(a) R45.0  
 ( ) **Malaise /Fatigue** / Flojera R53.53  
 ( ) **Lethargy/tiredness** / Cansancio R53.83  
 ( ) **Generalized muscle weakness** / Debil M62.81  
 ( ) **Lack of coordination/**Perdida de coordinacion R27.8  
 ( ) **Difficulty walking/**dificultad de caminar R26.2  
 ( ) **Numbness-tingling/**Adormecidos R20.1  
 ( ) **Chest pain** / Dolor de pecho R07.89  
 ( ) **Chest pain with breathing/**  
     Problemas de Respiracion R07.1  
 ( ) **Abdominal Pain/**Dolores de abdominal R10.84  
 ( ) **Nausea** / Nausias, Bomito R11.0  
 ( ) **Constipation** / Constipacion K59.00  
 ( ) **Fever** / Fiebre R50.9  
 ( ) **Sleepig problms/**Problemas dormiendo F51.8  
 ( ) **Swelling/Edema** / Hinchazon/edema R60.9  
 ( ) **Swelling in limb/**Hinchazon de miembro R60.0  
 ( ) **Muscle soreness/Myalgia/**dolor musculoM79.1  
 ( ) **Muscle Cramps/**calambres de musculo R25.2  
 ( ) **Muscle Spasms/**Espasms de musculo M62.0830  
 ( ) **Neck pain** / Dolor de Cuello M54.2  
 ( ) **Mid Back pain** / Dolor en espalda M54.6  
 ( ) **Lower Back pain** / Dolor en espalda M54.9  
 ( ) **Abnormal Posture** R29.3  
 ( ) **Joint pains** / Dolor de coyuntura o empalme R52

**Swelling/Effusion of joint / Hinchazon de****coyuntura o empalme****Rt. Lt.**

- ( ) Shoulder R L /Hombro De EsM25.411 412  
 ( ) Elbow R L / Codo De Es M25.421 422  
 ( ) Wrist R L / Muneca De Es M25.431 432  
 ( ) Hand R L / Mano Ds Es M25.441 442  
 ( ) Hip R L / Cadera De Es M25.452 452  
 ( ) Knee R L / Rodilla De Es M25.461 462  
 ( ) Ankle/foot R L/Tobillo/pieDEM25.471 472  
 ( ) Foot R L/ Pie Ds Es M25.474 475

**Joint Pain/ Dolor de coyuntura o empalme Rt. Lt**

- ( ) Shoulder R L / Hombro De Es M25.511 12  
 ( ) Upper arm R L /Brazo De Es M79.602 601  
 ( ) Elbow R L / Codo De Es M25.521 22  
 ( ) Forearm R L/Antebrazo De Es M79.632 631  
 ( ) Wrist R L / Muneca De Es M25.531 32  
 ( ) Hand R L / Mano Ds Es M79.642 642  
 ( ) Fingers R L / Dedos Ds Es M79.644 645  
 ( ) Hip R L / Cadera De Es M25.551 52  
 ( ) Thigh R L / Muslo De Es M79.651 652  
 ( ) Knee R L / Rodilla De Es M25.561 62  
 ( ) Lower legR L/ Pierna bajaDeEsM79.661662  
 ( ) Ankle/foot R L/Tobillo/pie DE M25.571 72  
 ( ) Foot R L/ Pie Ds Es M79.671 671  
 ( ) Toe(s) R L/ Dedos Ds Es M79.674 675

**Stiffness/Tiesedad de coyuntura o empalme Rt. Lt.**

- ( ) Shoulder R L /Hombro De Es M25.611 612  
 ( ) Elbow R L / Codo De Es M25.621 622  
 ( ) Wrist R L/ Muneca De Es M25.631 632  
 ( ) Hand R L / Mano Ds Es M25.641 642  
 ( ) Hip R L /Cadera De Es M25.651 652  
 ( ) Knee R L / Rodilla De Es M25.661 662  
 ( ) Ankle/ R L/TobilloDe Es M25.671 672  
 ( ) Foot R L/ Pie Ds Es M25.674 675

**Contusion(Bruising)/Moreton**

- ( ) Head S00.93XA  
 ( ) Neck S10.93XA  
 ( ) Head S00.93XA  
 ( ) Breast R L/ Pecho De Es S20.01XA 2XA  
 ( ) Back Chest wall R L S20.221A 2A  
 ( ) Front Thorax wall R L S20.211A 2A  
 ( ) Abdominal Wall/ Pared Abd S30.1XXA  
 ( ) Lower Back / o espalda S30.0XXA  
 ( ) Buttock / Nalga S30.0XXA  
 ( ) Interscapular S20.229A  
 ( ) Shoulder R L /Hombro De Es S40.011A 2A  
 ( ) Upper arm R L /Brazo De Es S40.021A 2A  
 ( ) Hip R L / Cadera De Es S70.01XA 2XA  
 ( ) Thigh R L / Muslo De Es S70.11XA 2XA

NAME: \_\_\_\_\_

DATE: \_\_\_\_\_

