

LAROCCA AUTO INJURY CENTER LLC

2718 Letap Court Unit 102
Land o' Lakes, FL 34638
P: (727) 797-7090
Partner Office

2017 Drew St.
Clearwater, FL 33765
P: (727) 797-7090

5058 66th St. N.
St. Petersburg, FL 33709
P: (727) 797-7090

3306 us 19 #B
Holiday, FL 34691
P: (727) 312-5190

3908 9th Ave W
Bradenton, FL 34205
P:(941) 714-0714

1401 E Bay Dr,
Largo, FL 33771
P:(727) 501-0081

800 W Dr Martin Luther
King Jr Blvd suite 2,
Tampa, FL 33607
P: (813)898-8888

11401 N. 56th St. Ste. 18
Temple Terrace, FL
33617
P: (727) 797-7090
Partner Office

711 N Lake Parker Ave
Lakeland, FL 33801
P: 863-603-8797

3301-5th Ave. S.
St. Petersburg, FL 33712
P: (727) 328-0000
Partner Office

325 South Parsons Ave
Brandon, FL 33511
P: (727) 797-7090

9384 N 56th St,
Temple Terrace, FL
33617
P:(813) 988-8998

Patient Information:

Today's Date / Fecha de hoy _____

Patient Full Name / Nombre del Paciente _____

Address / Direccion _____ Apt # _____

City / Ciudad _____ State / Estado _____ Zip /Codigo Postal _____

Home Phone / Casa _____ Cell Phone / Cellular _____

Work Phone / Trabajo _____

Email Address / Correo Electronico _____

Date of Birth / Fecha de Nacimiento _____ Age / Edad _____

Marital Status / Estado civil _____ Gender / Sexo M__ F__

Social Security # / # de Seguro Social _____ - _____ - _____

Insurance Company / Compania de Seguro _____

Policy # / # de Poliza _____

Claim # / # de Reclamacion _____

Injury Description:

Date of Accident / Fecha de Accidente _____

Where Accident happened (i.e., street, store, or building) / Donde paso el accidente:

_____ City / Ciudad _____ State / Estado _____

Were you the / Eras el: Driver / Conductor or Passenger / Pasajero

Were you sitting in the/ Estabas sentado en el: Front Seat / Asiento Delantero or Back Seat / Asiento Trasero

Impact was on/ El Impacto fue: Behind / Atras Front / Frente Left Side / Izquierda Right Side / Derecha

Did the airbags deploy / Se desplegaron las bolsas de aire? Yes No

Were there any other passengers in the car / Habian pasajeros en el carro? Yes No

Was your vehicle stopped when the accident happened / Estaba parado el vehiculo? Yes No

Hospital:

Did you go to the hospital / Fuistes al Hospital? Yes No

If yes; which hospital / Si es asi; cual hospital? _____

When did you go / Cuando fuistes? Immediately / Imediatamente Same Day / El mismo Dia

Next Day / El Proximo dia Other / Otro _____

How did you get there / Como llegastes? Ambulance / Ambulancia Self / Yo mismo(a)

Someone else took me / Alguien me llevo

Signature / Firma: _____ Date / Fecha: _____

What type of treatment was given at the hospital / Que tipo de tratamiento recibistes en el hospital?

Were you examined / Fuistes Examinado(a)? Yes No

Were x-rays taken? / Tomaron Rayos X? Yes No

Did you have a MRI / Tuvistes un MRI? Yes No

Were you given any prescriptions / Recibistes alguna receta? Yes No

If yes; what type of medications? / Si es Así; qué tipo de medicación?

Did you see another doctor OTHER than at the hospital? / Vistes a otro medico DIFERENTE al del hospital?

If yes: / Si es Así: Doctor's Name / Nombre del Doctor: _____

Phone / Numero de Tel: _____ Fax: _____

What treatment did you receive from the OTHER doctor? / Que tratamiento recibistes del OTRO medico?

Medications Physical therapy X-Rays MRI Other / Otro? _____

How often do you see the doctor or receive physical therapy? / Con qué frecuencia ves al otro medico o recibes terapia fisica?

Details of Your injuries:

Did you strike any part of your body on any part of the car? / Se golpeó algún parte del cuerpo en algún parte del carro?

Yes No I don't remember / No me recuerdo. If yes; please describe / Si es así; porfavor describe:

Circle Injury Areas From This Accident circle all that apply / *Círculo de áreas de lesiones de este accidente:*

Head / Cabeza	Jaw Mandibula	Neck Cuello	Upper Back Superior de la Espalda	Shoulders Hombros	Arms Brazos	Hands Manos
Mid back Media de la Espalda	Low back Inferior de la Espalda	Hips Caderas	Legs Piernas	Knees Rodillas	Feet Pies	

Any cuts or scrapes resulting from accident? / Algún corte o arañó en resultado del accidente? Yes / Si No

If yes; where / Si es así; en donde? _____

Any bruises resulting from accident / Algun moreton en resultado del accidente? Yes / Si No

If yes; where / Si es así; en donde? _____

Social & Work History:

What is your occupation / Cual es su ocupacion? _____

What are your physical requirements on the job? / Cuales son sus requisitos físicos en el trabajo?

Have you lost any time at work / has perdido tiempo en el trabajo? Yes/Si No

If yes, how much time / Si es así; cuánto tiempo? Days / Dias _____ Weeks / Semanas _____

Signature / Firma: _____ Date / Fecha: _____

PAST MEDICAL HISTORY:

Have you ever been treated for any of the following (Circle) / Has recibido tratamiento por lo siguiente (Circula):

Anemia	YES - NO	Bleeding Disorders Desorden Sangrantes	YES - NO
High Blood Pressure Presion Alta	YES - NO	Heart Attack or MI Ataque Cardiaco	YES - NO
Claustrophobia Claustrofobia	YES - NO	Anxiety or Panic Disorder Ansiedad	YES - NO
Thyroid Disease Enfermedad de Tiroides	YES - NO	Osteoporosis	YES - NO
Ulcer Úlceras	YES - NO	HIV or AIDS Sida o VIH	YES - NO
Cancer	YES - NO	Hepatitis	YES - NO
Asthma	YES - NO	Liver Disease Enfermedad del Hígado	YES - NO
Epilepsy or Seizures Epilepsia	YES - NO	Kidney Disease Enfermedad de Riñones	YES - NO
Stroke or CVA or TIA Derrame Cerebral	YES - NO	Emphysema or COPD Enfisema o CPOD	YES - NO
Diabetes	YES - NO	Alcohol or Drug Abuse Abuso de alcohol o drogas	YES - NO

If YES, Explain details or list any other serious medical conditions not listed above / Si es ASÍ, Explica detalles o enumera algún condición médica que no esta listado arriba. _____

Any drug allergies / Algun alergia a drogas: _____

Do you have any health problem or disorders that the doctor should know about / Tienes algún problema de salud o desorden que debe de saber el médico? Yes No

If yes, explain / Si es así; explica. _____

CURRENT MEDICATIONS:

Please list ALL medications you currently take to include vitamins, herbal supplements, Over-the-counter medications as well as pain medications, muscle relaxers or anti-inflammatory / Por Favor enumera TODOS los medicamentos que se está tomando y incluye vitaminas, suplementos herbales, medicamentos de venta libre tal como medicamentos de dolor, relajantes muscular, y anti-inflamatorios.

Taking / Tomando	Frequency / Frecuencia	Reason / Razon	Medication Dosage / Dosis de Medicamento
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

SURGICAL HISTORY:

Type of Surgery / Tipo de Cirurgia	Date / Fecha	Surgeon/Cirujano	City / Ciudad
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Signature / Firma: _____ Date / Fecha: _____

REVIEW OF SYSTEMS:

Do you currently have or have had any problems with / Tienes algún problema o a tenido algún problema con:

Details / Detalles

Constitutional

Circle One

Circula Uno

Fever or Chills/Fiebre o Escalofríos YES - NO _____

Weight Loss or Gain/Perdida o Aumento de Peso YES - NO _____

Chronic Fatigue Fatiga Cronica YES - NO _____

Night Sweats Sudor en la Noche YES - NO _____

Eyes / Ojos

YES - NO _____

Wear Glasses or Contacts /Espejuelos o Contactos YES - NO _____

Dry Eyes /Ojos Secos YES - NO _____

Double Vision/ Doble Vista YES - NO _____

Blurred Vision/ Vista Borrosa YES - NO _____

Vision Loss/ Perdida de Vista YES - NO _____

Glaucoma YES - NO _____

Cataracts/ Cataratas YES - NO _____

Previous Injuries/ Heridas Anteriores YES - NO _____

Ear, Nose, Throat and Mouth

Wearing Hearing Aids/ Protesis Auditivas YES - NO _____

Hearing loss /Pérdida de Audición YES - NO _____

Balance Disturbance /Perturbación del Equilibrio YES - NO _____

Speech Difficulties /Dificultades del Habla YES - NO _____

Post Nasal Drip/Goteo Postnasal YES - NO _____

Sinus Headaches /Dolor de Cabeza Sinusal YES - NO _____

Sore Throats/ Dolor de Garganta YES - NO _____

Swallowing Problems/ Problemas al Tragar YES - NO _____

Cardiovascular

Chest Pain or Angina Angina o Dolor de Pecho YES - NO _____

Date of last EKG: _____ Stress Test: _____

High Blood Pressure/ Presion Alta YES - NO _____

Irregular Heart Rate/ Latidos de Corazón Irregulares YES - NO _____

History of Heart Murmur / Soplo del Corazón YES - NO _____

High Cholesterol/ Colesterol Alto YES - NO _____

Swelling in Ankles/Feet Hinchazón en Los Tobillos/Pies YES - NO _____

History of DVT / Ataque Fulminante YES - NO _____

Cardiac Stents YES - NO _____

Cardiac Catheterization YES - NO _____

Signature / Firma: _____ Date / Fecha: _____

Respiratory

Circle One
Circula Uno

Details / Detalles

- Shortness of Breath / Falta de Aliento YES - NO _____
- Chronic Cough / Tos Cronica YES - NO _____
- Bloody Sputum / Espudo Sangriento YES - NO _____
- History of Pneumonia / Historia de Neumonia YES - NO _____
- History of PE (pulmonary embolism) / Embolia Pulmonar YES - NO _____

Gastrointestinal

- Indigestion or Heartburn / Indigestión YES - NO _____
- Nausea YES - NO _____
- Vomiting / Vomito YES - NO _____
- Abdominal Pain / Dolor Abdominal YES - NO _____
- Diarrhea / Diarrea YES - NO _____
- Constipation / Estreñimiento YES - NO _____
- Blood in Stool / Sangre en el Excremento YES - NO _____

Genitourinary Frequent Urinary Tract

- Infections / Infecciones YES - NO _____
- Blood in Urine / Sangre en la Orina YES - NO _____
- Difficulty Starting or Stopping Stream YES - NO _____
- Loss of Urine / Perdida de Orina YES - NO _____
- Loss of Urine with Cough or Sneeze Only YES - NO _____
- Kidney Stone / Piedra de Rinon YES - NO _____

Musculoskeletal

- Neck Pain / Dolor de Cuello YES - NO _____
- Does Neck Pain Radiate Into the Arm YES - NO _____
- Back Pain / Dolor de Espalda YES - NO _____
- Does Back Pain Radiate Into the Leg YES - NO _____
- Shoulder Pain / Dolor de Hombros YES - NO _____
- Knee Wrist Ankle Jaw Pain YES - NO _____
- Joint Pain or Swelling / Dolor Articular o Hinchazon YES - NO _____
- Osteoporosis YES - NO _____

Skin (Integumentary)

- Skin Disease / Enfermedad de la Piel YES - NO _____
- Rashes YES - NO _____

Allergic/ Immunologic

- Food Allergies / Alergias a los Alimentos YES - NO _____
- Immunologic Disorders / Trastornos Inmunologico YES - NO _____

Neurological

Circle One
Circula
uno

Details / Detalles

- Headaches / Dolor de Cabeza YES - NO _____
- Disorientation / Desorientación YES - NO _____
- Difficulty with Speech / Dificultad con el Habla YES - NO _____
- Fainting Spells or "Blacking Out" / Desmayo YES - NO _____
- Problems with Memory / Problemas con la Memoria YES - NO _____

Psychiatric

- Anxiety / Ansiedad YES - NO _____
- Depression / Depresion YES - NO _____
- Suicidal Thoughts / Pensamientos Suicidas YES - NO _____
- Hallucinations / Alucinacion YES - NO _____
- History of Dementia / Historial de Demencia YES - NO _____
- Other Psychiatric Disorders / Otro Desorden Psiquiatrico: _____

Endocrine

- Excessive Thirst or Urination / Sed o Orina Excesivo: YES - NO _____
- Hormone Problems / Problemas Hormonales: _____

Hematologic / Lymphatic

- Persistent Swollen Glands or Lymph Nodes / Glandulas hinchadas o Ganglio Linfatico YES - NO _____
- Blood Transfusion / Transfusion de Sangre YES - NO _____
- If Yes, When / Si es así; Cuando? _____

Male Reproduction

- Difficulty with Erection / Dificultad con Ereccion YES - NO _____
- Diminished Sexual Drive / Disminución del Impulso Sexual YES - NO _____
- Prostate Enlargement / Agrandamiento de Prostata YES - NO _____

Female Reproduction

- Pregnant / Embarassada YES - NO _____
- Menopause / Menopausia YES - NO _____
- Tubal Ligation or Hysterectomy / Ligadura de Trompas o Histerectomia YES - NO _____

I have reviewed the above medical information: _____

Provider Signature

Date

The above information is accurate to the best of my knowledge / La Información proporcionada es cierta y correcta a mi mejor saber y entender.

Print Name / Nombre del Paciente Date / Fecha

Signature / Firma: _____ Date / Fecha: _____