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

4204 N. MacDill Ave. B
Tampa, FL 33706
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

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 Brasos	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 araño 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 ChillsFiebre o Escalofríos	YES - NO	_____
Weight Loss or GainPerdida 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 / Esputo 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		
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	_____

Signature / Firma: _____ **Date / Fecha:** _____

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:** _____