

# INFORMACIÓN SOBRE ACCIDENTES DE VEHÍCULOS

## Información Del Paciente

Fecha De Información Del Paciente \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ El Nombre Del Pila \_\_\_\_\_

Fecha del accidente \_\_\_\_\_ Hora del accidente \_\_\_\_\_ AM PM ¿Cuántas personas en el vehículo accidente

Describe el accidente en sus propias palabras:

¿Era usted el: El Conductor Pasajero delantero Pasajero trasero derecho Pasajero trasero izquierdo El peatón

EN CASO DE EMERGENCIA QUIEN PODEMOS CONTACTAR? \_\_\_\_\_

## Sitio de accidentes

Carretera / calle name \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Intersección más cercana \_\_\_\_\_

Condiciones de conducción: seco húmedo helado

¿En qué dirección ibas? \_\_\_\_\_

¿Velocidad que viajabas? \_\_\_\_\_

## Impacto

¿Su coche impactó en otro vehículo? Sí No

¿Su coche impactó en una estructura? Sí No  
En caso sises, explique:

¿Alguna parte de tu cuerpo golpeó algo en el vehículo? Sí No  
Si es así, \_explique

Fue el impacto de: Frente Trasero Derecho Izquierdo

En el momento del impacto, usted estaba buscando:  
Directamente hacia arriba to el: Derecho Abajo Arriba  
Derecho Izquierdo

¿Estaban las dos manos en el volante? Si No  
si no, ¿qué mano estaba en el volante? Derecho Izquierdo

¿Estaba el pastel en el ¿Freno? Si No  
si es así, ¿qué pastel estaba en el freno? Derecho Izquierdo

¿Fuiste usted: Sorprendido por el impacto Preparado el impacto

¿Cuál es el costo estimado de daños en su vehículo?

\$ \_\_\_\_\_

## Vehículo

Marca y modelo de vehículo en el que se lugar:  
\_\_\_\_\_

¿Durante el puesto el cinturón de seguridad? Si No  
en caso tal tal,  
¿de qué tipo? Cintura Cintura / Hombro

¿El vehículo equipado con airbags? Si No  
isi sí, ¿se inflaron? Si No

¿Tu asiento tenía un reposacabezas? Si No  
isi sí, ¿cuál era la posición del reposacabezas?  
Bajo El Medio posición Alto

## Otro vehículo

Marca de OTRO vehículo \_\_\_\_\_

Modelo de otro vehículo \_\_\_\_\_

Dirección del otro vehículo que Los viaja. \_\_\_\_\_

¿Velocidad aproximada del otro vehiculo?

Bajo Medio Alto

## Policía

¿La policía vino al lugar del accidente? Si No

¿Hubotestigos? Si No

¿Se presentó un informe policial? Si No

¿Se emitió unaviolación de traf fic? Si No

if sí, a quién?  
\_\_\_\_\_

## 7 *Tratamiento*

¿Fuiste al hospital?      Sí      No

¿Cuándo te fuiste?      Inmediatamente después del accidente      Al día siguiente      Dos días o más después del accidente

¿Cómo llegaste al hospital?      Transporte privado      Ambulancia

Nombre del hospital \_\_\_\_\_ Nombre del doctor \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

¿Se recibió tratamiento?      Ninguno colocado en un collar cervical      Radiografiado      Puntos dados      MRI / CT

Instrucciones dadas para el cuidado en el hogar      Se le indica que llame a su médico      Referido a esta oficina

Vendado      Otros: \_\_\_\_\_

Enumere cualquier medicamento administrado: \_\_\_\_\_

Otros médicos atendidos como consecuencia de este accidente:      Sí      No      Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre de los doctores: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

## 8 *Síntomas / Lesiones*

¿Hassido unble para trabajar desde la lesión?      Sí      No      ¿Cuántos días laborales has perdido? \_\_\_\_\_

Antes de la lesión, ¿podía trabajar en igualdad de condiciones con otras de su edad?      Sí      No

Si ha tenido alguno de los siguientes síntomas desde su lesión, marque las casillas a continuación:

dolor de brazo/hombro	entumecimiento de pies / dedos	dolor de cuello
dolor de espalda	entumecimiento de manos / dedos	cuello rígido
rigidez de la espalda	dolores de cabeza	falta de aliento
dolor en el pecho	irritabilidad	dificultad del sueño
mareos problemas	de mandíbula	malestar estomacal
tensión	del dolor de la pierna	zumbido del oído
pérdida	de memoria de zumbido	de oído visión borrosa
náuseas	por fatiga	reducen la tolerancia al alcohol

¿Estaafección está empeorando progresivamente?      Sí      No      Desconocido

Califique la gravedad del dolor en una escala de 1 (dolor mínimo) a 10 (dolor intenso) \_\_\_\_\_

Tipo de dolor:	agudo	embotado	palpitante	el entumecimiento
	apretar	dolor punzante	ardiente	hormigueo
	obstáculo	rigidez	el chichón	otros

¿Perdiste el conocimiento (perdiste el conocimiento) con el impacto?      Yes      No      Si es así, por cuanto tiempo \_\_\_\_\_

¿Sufrió algún hematoma por el cinturón de seguridad? \_\_\_\_\_

¿Quécortes de sangrado sombrero sostuvo? \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## Información Del Paciente

El Nombre \_\_\_\_\_ Preferido Nombre \_\_\_\_\_

La Alocución \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono # \_\_\_\_\_ Trabajo de # \_\_\_\_\_ celulares \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_ Cumpleaños \_\_\_\_\_ SSN \_\_\_\_\_ Anos \_\_\_\_\_

Soltero Casado Divorciado Viuda Separados Nombre de esposo \_\_\_\_\_

Altura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Mujer Masculina

La ocupación \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Dirección del óry \_\_\_\_\_

¿Cómo te derivaron a nuestra oficina? \_\_\_\_\_

### SU INFORMACIÓN DE SEGURO DE AUTO

Nombre \_\_\_\_\_ de seguros

Teléfono de seguro: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Política: \_\_\_\_\_ Fecha de la lesión: \_\_\_\_\_

Ajustador: \_\_\_\_\_

### OTRAS PARTES INFORMACIÓN DE SEGUROS DE AUTOMÓVILES

Nombre \_\_\_\_\_ de seguros

Teléfono de seguro: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

La alocución \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Número de póliza: \_\_\_\_\_ Fecha de la lesion \_\_\_\_\_

Ajustador: \_\_\_\_\_

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_