

QUESTIONARIO DEL ACCIDENTE



Informacion General

- Nombre: _____ Fecha del Accidente: _____ Reporte de Policia Si No
- Modelo oAño del Vehículo _____ Daño estimado de vehículo \$ _____ ¿La grúa removio el vehículo? Si No
- Usted fue el Conductor Pasajero anterior Pasajero trasero
- ¿Qué tipo del accidente? Frontal Impacto anterior Impacto trasero lado de impacto conductor o pasajero
 Impacto Múltiples describa _____
- En el impacto, que fue la velocidad de SU vehículo _____ millas por hora OTRO Vehículo _____ millas por hora
- El tipo de restricción El Cinturón del regazo y el Hombro Enjaezan Solo el Cinturón del regazo Ninguno
- ¿Tiene Bolsas de aire su vehículo? Si No
¿Exploraran las Bolsas de aire? Si No
- ¿Estuvo usted enterado del accidente inminente? Si No
- ¿Reforzó usted para el impacto? Si No
¿Con qué parte del cuerpo reforzó? Brazos Pies
- ¿Qué fue la posición de la cabeza y el cuerpo en tiempo de impacto?
 Cabeza Recto Cabeza Volteado al Izquierda Cabeza Volteado al Derecho
 Cuerpo Recto Cuerpo giró a la Izquierda Cuerpo giró a la Derecha
- ¿Algun parte de su cuerpo hizo contacto con algo dentro del vehículo en el impacto? SI No
¿Si usted contestó sí qué golpeó con su cuerpo? Parabrisas Cabezal Tome partido Ventana
 Volante Tablero de mando Otra _____
- ¿Como seavento el cuello o el cuerpo? Adelante y atrás Lado a Lado

Síntomas o Heridas

- ¿Qué síntomas ha experimentado desde del accidente?
- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dolor de cuello | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> La pérdida del Conocimiento |
| <input type="checkbox"/> Restricción de cuello | <input type="checkbox"/> Aturdido o Confuso | <input type="checkbox"/> Dolor de pecho |
| <input type="checkbox"/> Dolor en los Brazos <input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/> Derecho | <input type="checkbox"/> Mareo | <input type="checkbox"/> Falta de aliento |
| <input type="checkbox"/> Dolor lumbar en medio | <input type="checkbox"/> Náusea o Vomitar | <input type="checkbox"/> Fatiga |
| <input type="checkbox"/> Dolor de Parte inferior de la espalda | <input type="checkbox"/> Alborotos visuales | <input type="checkbox"/> Ansiedad |
| <input type="checkbox"/> Restricción de Parte inferior de la espalda | <input type="checkbox"/> Zumbido en oidos | <input type="checkbox"/> Depresión |
| <input type="checkbox"/> Dolor de pierna <input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/> Derecho | <input type="checkbox"/> El trabajo, el aumento Diario de Actividades o Escuela aflige dolor (escoja uno) | |
| <input type="checkbox"/> Magulladura dónde _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Sangrar o Corta dónde _____ | <input type="checkbox"/> Otra _____ | |
- Valore su dolor en una escala de 1-10 (1= Templado, 10= Severe) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
¿Desde que el accidente, es el dolor? Mejor Igual Peor

Tratamiento de Emergencia

- ¿Buscó atención médica inmediatamente? Si No
¿ Si usted contestó sí dónde buscó usted la atención médica? _____
- ¿Cómo llegó? Ambulancia Manejó Otra persona manejó Otra _____
- ¿Fue examinado? Si No Doctor: _____
- ¿Recibió cualquiera del siguiente? refuerzo de cuello Puntadas Rayos _____
 Fue Admitir en el Hospital Cirugía Medicina _____
 CAT Scan MRI Otra _____

FIRMANDO DEBAJO DE RECONOCE QUE LA INFORMACION PROPORCIONADA ENCIMA DE ES AMBOS EXACTO Y COMPLETO.

Firma del Paciente o Guardián legal del Paciente

Fecha

Nombre impreso del Paciente o Guardián legal del Paciente