

VEHICLE ACCIDENT INFORMATION

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

Fecha del Accidente: _____ Hora del Accidente: _____ o A.M. o P.M.

Por favor, describa el accidente con sus propias palabras: _____

¿Fue usted el: o Conductor o Pasajero delantero ¿Cuántas personas había en el vehículo
o Pasajero tresero o Peatona del accidente? _____

LUGAR DEL ACCIDENTE

Nombre de la calle _____

Ciudad/Estado _____

Intersección más cercana con la carretera/calle _____

Condiciones de conducción:

o Secas o Húmedas o Heladas o Otras

¿En qué dirección te dirigías? _____

¿Qué velocidad llevabas? _____

IMPACTO

¿Su automóvil impactó a otro vehículo? o Si o No

¿Su automóvil impactó una estructura? o Si o No

¿Alguna parte de su cuerpo impactó contra algo en el vehículo? o Si o No

Si respondió sí, por favor explique. _____

¿Tuvo impacto de:

o Frente o Detrás o Izquierda o Derecha o Otro

En el momento del impacto, ¿usted estaba? :

o Mirando hacia adelante o Mirando a la derecha
o Mirando a la izquierda o Mirando hacia abajo
o Mirando hacia arriba

¿Estaban ambas manos en el volante? o Sí o No

Si respondió no, ¿qué mano estaba en el volante?

o Derecha o Izquierda.

¿Tenía su pie en el freno? o Sí o No

Si respondió sí, ¿cuál pie estaba en el freno?

o Derecho o Izquierdo

¿Estaba usted:

o Sorprendido por el impacto

o Preparado para el impacto?

VEHÍCULO

Marca y modelo del vehículo en que se encontraba:

Estaba utilizando el cinturón de seguridad? o Si o

No ¿Qué tipo de cinturón? o Regazo o Hombro

¿El vehículo estaba equipado con bolsas de aire?

o Si o No

Se inflaron correctamente? o Si o No

¿Su asiento tenía reposacabezas? o Sí o No

Si respondió sí, ¿cuál era la posición del reposacabezas?

o Bajo o Posición media o Alto

OTRO VEHÍCULO (si aplica)

Marca y modelo del otro vehículo _____

¿En qué dirección se dirigía el otro vehículo? _____

Velocidad a la que viajaba el otro vehículo. _____

POLICÍA

¿Llegó la policía al lugar del accidente? o Si o No

¿Hubo testigos? o Si o No

¿Se presentó un informe policial? o Si o No

¿Se emitió una multa de tráfico? o Si o No

Si es así, ¿a quién? _____

CONDICIÓN DEL PACIENTE

¿Estabas inconsciente inmediatamente después del accidente? ☐ Sí ☐ No

Si respondió sí, ¿por cuánto tiempo? _____

Por favor describe cómo te sentiste inmediatamente después del accidente: _____

TRATAMIENTO

¿Fuiste al hospital? ☐ Sí ☐ No ¿Cuándo fuiste? ☐ Inmediatamente ☐ Al día siguiente ☐ 2 días o más después

¿Cómo llegaste al hospital? ☐ Ambulancia ☐ Transporte privado

Nombre del hospital: _____ Nombre del doctor: _____

Diagnóstico: _____

Tratamiento recibido: _____

Radiografías tomadas: _____

SÍNTOMAS / LESIONES

¿Ha podido trabajar desde esta lesión? ☐ Sí ☐ No ¿Cuántos días de trabajo ha perdido? _____

Antes de la lesión, ¿pudo trabajar en igualdad de condiciones con otros de su edad? ☐ Sí ☐ No

Si ha experimentado alguno de los siguientes síntomas desde su lesión, por favor marque:

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ Dolor de brazo/hombro | ☐ Entumecimiento en pies/dedos | ☐ Dolor de cuello |
| ☐ Dolor de espalda | ☐ Entumecimiento en manos/dedos | ☐ Rigidez en el cuello |
| ☐ Rigidez en la espalda | ☐ Dolores de cabeza | ☐ Falta de aliento |
| ☐ Dolor en el pecho | ☐ Irritabilidad | ☐ Dificultad para dormir |
| ☐ Mareos | ☐ Problemas en la mandíbula | ☐ Malestar estomacal |
| ☐ Zumbido en los oídos | ☐ Dolor en las piernas | ☐ Tensión |
| ☐ Tinnitus | ☐ Pérdida de memoria | ☐ Visión borrosa |
| ☐ Fatiga | ☐ Náuseas | |

¿Está esta condición empeorando progresivamente? ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido.

Marque una X en la imagen donde ah sintiendo dolor, entumecimiento o hormigueo.

Califique la severidad de su dolor en una escala

del 1 (menos dolor) al 10 (dolor severo): _____

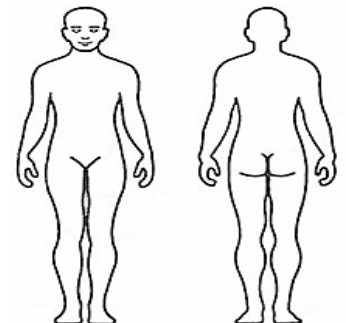
Tipo de dolor:

- | | | | |
|---------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|
| ☐ Agudo | ☐ Sordo | ☐ Pulsante | ☐ Entumecimiento |
| ☐ Dolorosa | ☐ Punzante | ☐ Ardiente | ☐ Hormigueo |
| ☐ Calambres | ☐ Rigidez | ☐ Hinchazón | ☐ Otro: _____ |

¿Con qué frecuencia tienes este dolor? _____ ¿Es constante o va y viene? _____

¿Interfiere con tu: ☐ Trabajo ☐ Sueño ☐ Rutina diaria ☐ Recreación

Actividades o movimientos que son dolorosos: ☐ Sentarse ☐ Estar de pie ☐ Caminar ☐ Inclinarsse ☐ Acostarse



Certifico que la información anterior es correcta según mi mejor conocimiento.

Firma del paciente _____ Fecha _____