



Formulario de admisión de lesiones automovilísticas

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____ Fecha de hoy: _____

Fecha y hora del accidente: _____

Empleador: _____

¿Cuál es su situación laboral actual?

- ☐ Reanudé mi mismo trabajo y deberes
- ☐ Reanudé mi mismo trabajo con tareas más ligeras
- ☐ Reanudé tareas alternativas en la misma industria
- ☐ Cambié de industria
- ☐ No he reanudado el trabajo

¿Qué tipo de trabajo implica su lugar de trabajo?

- ☐ Funciones administrativas y de oficina
- ☐ Trabajo ligero
- ☐ Trabajo de parto moderado
- ☐ Trabajo pesado

¿Fuiste conductor o pasajero?

- ☐ Conductor
- ☐ Pasajero – Círculo uno: Asiento delantero Asiento trasero izquierdo Asiento trasero derecho
- ☐ Motociclista
- ☐ Pasajero de motocicleta
- ☐ En bicicleta
- ☐ Peatón

¿Cuál fue el año, la marca y el modelo del vehículo en el que estuviste?

¿Su vehículo estaba en movimiento o detenido?

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Avanzando | ☐ Detenido | ☐ Se detuvo en la intersección |
| ☐ Detenido en el tráfico | ☐ Se detuvo en la intersección | ☐ Ralentizar |
| ☐ Detenido en una señal de alto | ☐ Girar a la izquierda | ☐ Acelerador |
| ☐ Aparcamiento | ☐ Girar a la derecha | ☐ Detenido en la luz |

Nombre del paciente: _____

¿Cuál era la posición de su mano durante el accidente?

☐ Ambas manos en el volante ☐ La mano derecha en el volante

☐ La mano izquierda en el volante

¿Cuál era la posición de su cuerpo en el momento del impacto?

☐ Bueno ☐ Acostado de lado en el asiento trasero ☐ Desplomarse hacia adelante

☐ Inclinar hacia los lados ☐ Alcanzar la tabla del piso ☐ Dando la vuelta en mi asiento

☐ Reclinable en el asiento delantero

¿Hubo alguna pérdida de conciencia? ☐ Sí ☐ No

¿Se desplegaron las bolsas de aire? ☐ Sí ☐ No

¿Se rompió el asiento? ☐ Sí ☐ No

¿Se arrojó algún objeto dentro del automóvil? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, por favor enumere: _____

¿Alguna parte de su cuerpo golpeó el interior del automóvil? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, por favor enumere: _____

¿Tenía los frenos aplicados en el momento del impacto? ☐ Sí ☐ No

¿Llegó la policía a la escena? ☐ Sí ☐ No

¿Se llenó un informe policial?

☐ Sí, ya rellenado ☐ No, no se llenó ☐ Se rellenará

¿Quién recibió un boleto?

☐ Usted ☐ El conductor del otro vehículo ☐ Usted Y el conductor del otro vehículo

¿Llegaron los EMT/Paramédicos a la escena? ☐ Sí ☐ No

¿Te llevaron al hospital en ambulancia? ☐ Sí ☐ No

¿Qué ayuda/apoyo se utilizó después del accidente? (Ej. collarín, muletas, medicamentos, etc.)

¿Qué ayuda/apoyo se está utilizando actualmente? (Ej. collarín, muletas, medicamentos, etc.)

¿Cómo abandonó su vehículo la escena?

☐ Remolcado ☐ Expulsado

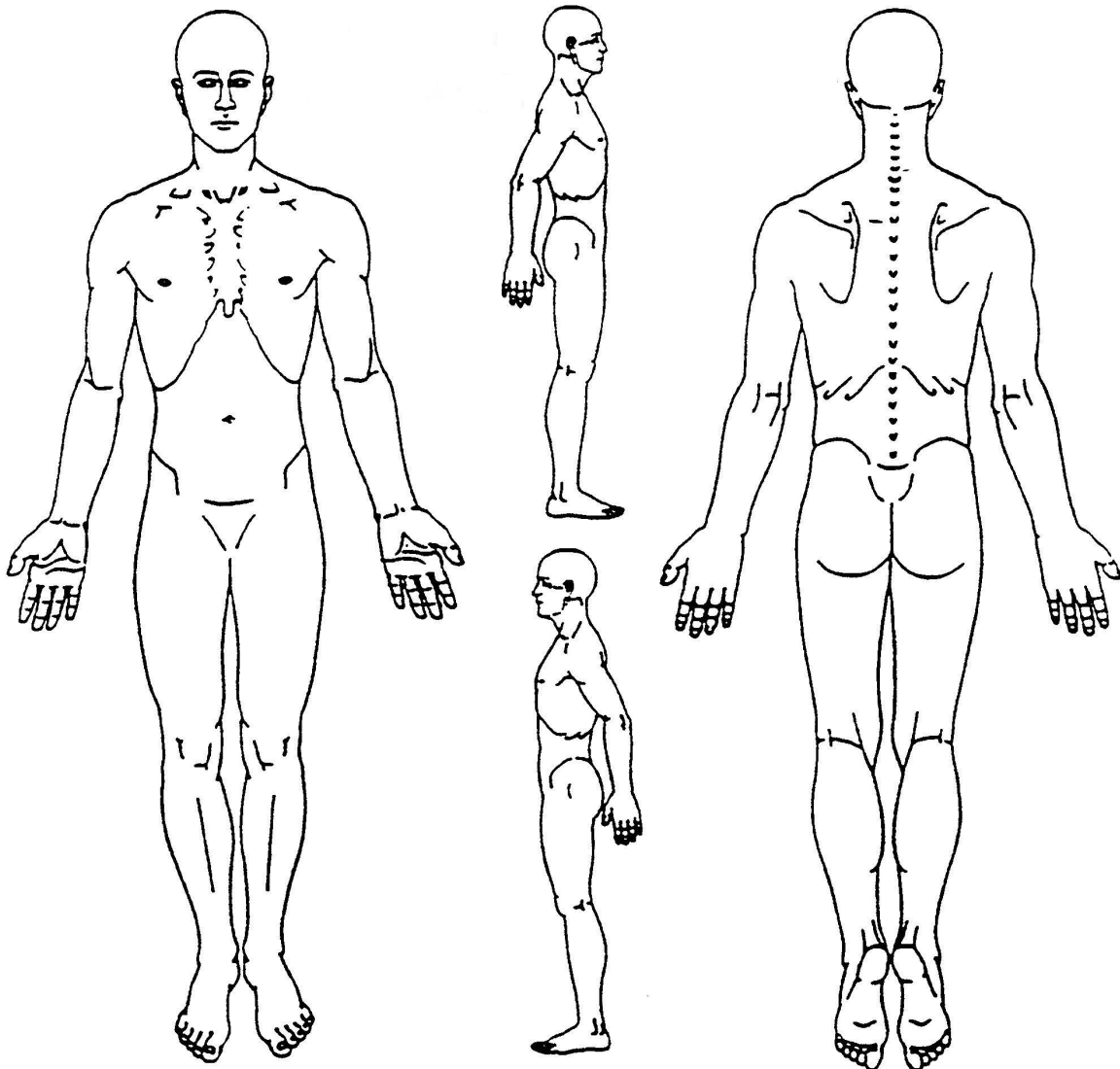
¿Cómo abandonó el otro vehículo la escena?

☐ Remolcado ☐ Expulsado

¿Cuál fue el costo estimado del daño al vehículo en el que se encontraba? \$ _____

Por favor, describa los detalles del accidente con sus propias palabras:

Marque una "X" en todas las áreas en las que tenga dolor.



Por favor, indique su nivel de dolor de 0-10 para las siguientes regiones de su cuello y espalda.

0 = Sin dolor, 10 = El peor dolor posible

Cuello: _____ Espalda: _____ Espalda media: _____ Espalda baja: _____