

CUESTIONARIO DE ACCIDENTE, GOLPE O TRAUMA

Nombre: (Apellido, Primero MI) _____

Fecha de Hoy: _____

EL ACCIDENTE DE TRAFICO – INFORMACIÓN ADICIONAL

- Alguien estaba en el auto consigo? No Si *-(Cuantos)* _____
- Usted era? Asiento delantero – conductor / Pasajero Asiento trasero – Izquierdo / Medio / Derecho / 2ª fila / 3ª Fila
- Nombre del conductor, si no era usted: _____ Nombre de conductor del otro auto: _____
- Se desplegaron las bolsas de aire? No Si Llegó la policía? No Si Tenia puesto el cinturón de seguridad? No Si
- Pegó la parabrisas u otra cosas en el carro? No Si *-(Describe)* _____
- Usted fue golpeado hasta la inconciencia? No Si *(por cuánto tiempo?)* _____
- Donde fue su auto impactado? Frente / De atrás / lado de pasajero / lado de conductor / Otro: _____
- Donde fue impactado el otro auto? Frente / De atrás / lado de pasajero / lado de conductor / Otro: _____
- Seguridad de su auto: _____ Policía #: _____ Reclamo #: _____ Tele: _____
 - Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____
- Seguridad de otra: _____ Policía #: _____ Reclamo #: _____ Tele: _____
 - Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____

HERIDA DE TRABAJO – INFORMACIÓN ADICIONAL

Empleador: _____ Ocupación: _____ Reclamo #: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____
Persona de Contacto: _____ Tele: _____ Email: _____

ACCIDENTE GENERAL / INFORMACIÓN DE LA HERIDA

Fecha del accidente: ____/____/____ La Hora: ____:____ AM / PM

Por favor, Describa el accidente con lo más detalle que sea posible? _____

Antes el accidente/la herida:

- Jamás ha tenido dolor en este área? No Si
 - Si – Le dolía en el tiempo del accidente? No Si
 - Si – de un resumen del problema antes del accidente: _____
- Era capaz de cumplir todas las actividades sin restricciones? No Si

En el momento del accidente o la herida:

- Se sintió dolor inmediatamente? No Si Más tarde ese día El día siguiente Cuando? _____
- Fue llevado a algún lugar después del accidente? No Si Más tarde ese día El día siguiente Cuando? _____
 - Si, Como? _____ Donde? _____
 - Si, Recibió usted algún ayuda medical? No Si *-(Describe)* _____

Desde del accidente o la herida:

- Son sus síntomas del accidente: Mejorando? Empeorando? Lo Mismo?
- Como resultado de este accidente, ha tenido restricciones a trabajo? No Si *-(Como?)* _____
- Ha perdido usted trabajo desde este accidente? No Si *-(Fechas?)* _____
- Tiene un abogado? No Si - Nombre: _____ Tele: _____
 - Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____

Patient No: _____