

# 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: \_\_\_\_\_