



Patient's Name/Nombre: _____ Fecha: _____

Reporte del Accidente Automovilístico

Date of Collision/Dia del Accidente: _____ Hour of Accident/Hora del accidente: _____ AM/PM

Please describe how the collusion happened/ Porfavor describa como paso el accidente: _____

What was your position in the car?/ Como fue su posicion en el caro (Circle) Driver(Conductor) / Front Passenger(Asiento de enfrente) / Left Rear(puerta trasera izquierda) / Right Rear(puerta trasera derecha)

If "Driver", were your hands on the steering wheel?/ Si fue conductor don't estaba su mano volante Both(los dos) / Left(izquierda) / Right(derecha)

Did the airbags deploy?/ se desplego la bolsa de aire SI / No(NO)

Did you strike another vehicle?/golpeo otro vehiculo? SI /No Did another vehicle strike your vehicle?/Te golpeo otro vehiculo? Yes(SI) / No

Angle of impact/Angulo del impacto: Front(en Frente) / Back(Atras)/ Left(izquierda)/ Right(derecha)/ Other(otro): _____

If second collision/Si hubo Segundo impacto: – Angle of 2nd impact/Angulo de 2nd impacto Front(en Frente) / Back(Atras) / Left(izquierda) / Right(Derecha)/ Other(Otro): _____

- 1) In relation on the back of your head, was your headrest set/En relacion con la part trasera de su cabeza en que posicion estaba su reposacabeza: Low(Bajo) / Middle(en Medio) / High(Alto)
- 2) Were you surprised by the impact?/Le sorprendio el impacto? SI / No

If "NO", how did you brace? Si "NO", como te preparaste? With Hands(/con las manos) / With Feet(con el pie)

3(a) Where was your head facing at the time of impact?/Donde estaba su cabeza en el tiempo del impacto? Straight Ahead(Al frente) / Left(izquierda) / Right(derecha) / Behind(Atras)

3(b) Were you leaning forward at the time of impact/ se estaba inclinando hacia adelante?: SI / No

4) What type and year of vehicle were you in?/Que tipo y año de vehiculo estaba usted en? _____

4(a) What was the approximate speed of your vehicle when the accident occurred?/Cual era la velocidad aproximada de su vehiculo al tiempo del accidente _____ Mph

5) What type and year of vehicle struck yours?/Que tipo y año de caro le golpeó a usted? _____

5(a) What was the approximate speed of the vehicle when the accident occurred?/ Cual era la velocidad aproximada del vehiculo que le golpeó _____ Mph

6) Were you wearing a seatbelt?/ Tenia el cinturón de seguridad puesto? Yes(SI) / No What Type/ Que tipo?: Lap Belt(cinturón de pierna) / Shoulder Belt(cinturón de hombros) / Both(los dos)

7) Did you feel pain immediately after the accident?/ Sintió dolor inmediatamente después del accidente SI /No

8) Were you rendered unconscious as a result of the accident?/Estuvo inconciente despues del accidente SI/No

PALMER CHIROPRACTIC CLINIC



Doctor's signature: _____

9) Did you strike anything in the vehicle at the time of impact?/Golpeó algo en adentro del caro durante el accident? SI / No if "YES", specify what part of your body struck what/ Si Si, especifique que parte de su cuerpo golpeó. (i.e. head(Cabeza), chest(Pecho), chin(Barbilla), shoulder(Hombros), knee(Rodilla), etc.)

<input type="radio"/> Steering Wheel / Volante	<input type="radio"/> Windshield / Parabrisas
<input type="radio"/> Dashboard / Tablero	<input type="radio"/> Roof / Techo
<input type="radio"/> Left Side Door / Alado de la Puerta izquierda	<input type="radio"/> Right Side Door / Alado de la Puerta Derecha
<input type="radio"/> Left Window / Ventana Izquierda	<input type="radio"/> Right Window / Ventana Derecha
<input type="radio"/> Other / Otro	

Did your seat break or bend?/ Se rompio su cinturón de seguridad? SI / No

Immediately following the accident, how did you feel?/Imediatament despues del accident como se sintió? (Circle all that apply/Circule todo lo que le aplica) Dizzy(Mareado)/ Dazed(atontado) / Weak(Débil) / Upset / Disoriented(Desorientado) / Nervous(Nervioso) / Nauseous(Con Náusea) / Other(Otro): _____

Patients Name/Nombre: _____ Fecha: _____

Police and Ambulance/Policia y Ambulancia:

Was the accident reported to the police?/ Fue el accidente reportado a la policia SI/ No

Were traffic citations issued?/ Yes / No If "YES", to whom? _____

Did you go to the hospital or Emergency room?/ Fue al hospital o sale de Emergencias SI/ No If "YES", when? Si Sí, Cuando? _____

If "YES", how did you get there?/Si si como llego alli? Ambulance(Ambulancia) / Police(policia) / Private Transport(Transporte privado)

Were you admitted?/Fue admitido? SI / No If "YES", how long?/Si Si, por cuando tiempo? _____

Name of Hospital?/Nombre del Hospital? _____ Attended by/Nombre del Dr. _____

What treatment was given?/Que tratamiento le dieron? (circle all that apply/circule todo lo que le aplique) None(Nada) / X-rays(Radiografia) / Pain Medication(medicacion para el dolor) / Stitches(suturas) / Muscle relaxants(relajante muscular) / Bandage(Venda) / Cervical Collar(Collar Cervial) / Physical Therapy (Terapia Física) / Instructed Regarding Concussion(instrucciones con concusión) / instructed Regarding Sprains & Strains(Instruccions de Espalda) / Instructed to Call an Orthopedist(instrucciones de llamar ortopedista) / Instructed to Call a Private Physician(instrucciones de llamar doctor privado) / Referred to This Office(fue referido a esta clinica) / Other(Otro): _____

What other doctor have you seen as a result of this injury?/Que otro Dr a visto por este accidente? _____

Do you have difficulty in excessive/tiene dificultades : Standing(parandose) / Walking(caminando) / Bending(agachandose) / Twisting(Retorciendo)

Do you have difficulty in excessive lifting/Tiene dificultades en levantando pesado: Light(bajo) / Moderate(moderado) / Heavy(pesado) / Repetitive(repetitive)

Symptoms other than above/Otros sintomas?: _____