

INFORMACIÓN SOBRE EL VEHÍCULO ACCIDENTE

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha _____

Nombre del paciente _____

Fecha del accidente _____ Hora del accidente _____ a.m.
 p.m.

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

¿Era usted el: Conductor Pasajero del asiento delantero Pasajero del asiento trasero Peatón Cuántas personas se encontraban en el vehículo involucrado en el accidente? _____

LUGAR DEL ACCIDENTE

Calle _____

Ciudad/Estado _____

Intersección más cercana _____

Condiciones para la conducción Seco Húmedo Hielo
 Otros _____

¿En qué dirección iba usted? _____

¿A qué velocidad iba? _____

IMPACTO

¿Su auto se impactó contra otro vehículo? Sí No

¿Su auto se impactó contra una estructura? Sí No

Si respondió sí, explique _____

¿Alguna parte de su cuerpo golpeó algo en el vehículo?

Sí No Si respondió sí, explique _____

El impacto provino de la parte:

Delantera Trasera Izquierda Derecha Otra _____

En el momento del impacto, usted estaba:

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

¿Sus dos manos estaban sobre el volante? Sí No

Si respondió no, ¿qué mano estaba sobre el volante?
 Derecha Izquierda

¿Su pie estaba sobre el freno? Sí No

Si respondió sí, ¿cuál de sus pies estaba sobre el freno?
 Derecho Izquierdo

Usted: Se sorprendió con el impacto
 Estaba preparado para el impacto

VEHÍCULO

Marca y modelo del vehículo en el que usted iba: _____

¿Llevaba cinturón de seguridad? Sí No

Si respondió sí, ¿de qué tipo? Falda Hombro

¿El vehículo estaba equipado con bolsas de aire? Sí No

Si respondió sí, ¿se activaron correctamente? Sí No

¿Su asiento contaba con apoyacabeza? Sí No

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

Bajo Medio Alto

OTRO VEHÍCULO

(si corresponde)

Marca y modelo del otro vehículo _____

¿En qué dirección iba el otro vehículo? _____

Velocidad del otro vehículo _____

POLICÍA

¿Fue la policía al lugar del accidente? Sí No

¿Hubo algún testigo? Sí No

¿Se presentó un reporte policial? Sí No

¿Se emitió una constancia de violación de normas de tránsito?

Sí No

Si la respuesta fue sí, ¿para quién? _____

ESTADO DEL PACIENTE

¿Quedó usted inconsciente inmediatamente después del accidente? Sí No

Si respondió sí, ¿durante cuánto tiempo? _____

Describa cómo se sintió inmediatamente después del accidente:

TRATAMIENTO

¿Fue usted al hospital? Sí No

¿Cuándo fue al hospital? Inmediatamente después del accidente Al día siguiente 2 días o más después del accidente

¿Cómo llegó al hospital? En ambulancia Por transporte privado

Nombre del hospital _____ Nombre del médico _____

Diagnóstico _____

Tratamiento recibido _____

Rayos X _____

SÍNTOMAS/LESIONES

¿Ha podido trabajar desde que sufrió esta lesión? Sí No ¿Cuántos días laborables debió faltar? _____

Antes de la lesión, ¿podía usted trabajar igual que otras personas de su edad? Sí No

Si ha tenido alguno de los siguientes síntomas desde la lesión, por favor marque:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dolor en el brazo/hombro | <input type="checkbox"/> Entumecimiento de los pies/dedos de los pies | <input type="checkbox"/> Dolor en el cuello |
| <input type="checkbox"/> Dolor en la espalda | <input type="checkbox"/> Entumecimiento de las manos/dedos de las manos | <input type="checkbox"/> Entumecimiento del cuello |
| <input type="checkbox"/> Rigidez de la columna | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar |
| <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho | <input type="checkbox"/> Irritabilidad | <input type="checkbox"/> Dificultad para dormir |
| <input type="checkbox"/> Mareos | <input type="checkbox"/> Problemas en la mandíbula | <input type="checkbox"/> Problemas estomacales |
| <input type="checkbox"/> Zumbidos en los oídos | <input type="checkbox"/> Dolor en la pierna | <input type="checkbox"/> Tensión |
| <input type="checkbox"/> Ruidos en los oídos | <input type="checkbox"/> Pérdida de memoria | <input type="checkbox"/> Visión borrosa |
| <input type="checkbox"/> Fatiga | <input type="checkbox"/> Náuseas | |

¿Este problema de salud está empeorando en forma progresiva? Sí No No sabe

Marcar con una X en la figura dónde continúa sufriendo dolor, entumecimiento o cosquilleo.

Calificar la gravedad del dolor en una escala de 1 (menos dolor) a 10 (gran dolor) _____

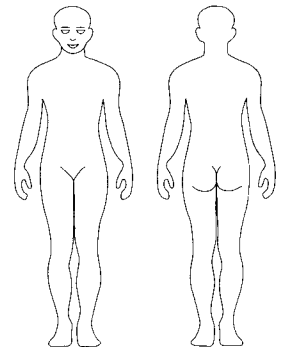
Tipo de dolor: Agudo Leve Pulsante Entumecimiento
 Angustiante Punzante Ardor Comezón
 Calambres Rigidez Hinchazón Otro _____

¿Con qué frecuencia siente este dolor? _____

¿Es constante o viene y se va? _____

¿Interfiere con su: trabajo sueño rutina diaria recreación?

Movimientos que le resulta doloroso realizar: Sentarse Pararse Caminar Inclinarsse Acostarse



Según mi leal saber y entender, la información precedente es completa y correcta. Comprendo que es mi responsabilidad informar a mi médico si yo, o mi hijo menor de edad, experimentamos algún cambio en nuestro estado de salud.

Firma del paciente, padre/madre, tutor o representante personal

Fecha

Indicar nombre del paciente, padre/madre, tutor o representante personal

Relación con el paciente