

CUESTIONARIO DE ACCIDENTES AUTOMOVILÍSTICOS

Nombre: (Apellido, Primer) _____ Fecha: _____

■ INFORMACION DEL ACCIDENTE

FECHA DEL ACCIDENTE: _____

Por favor describe como sucedió el accidente:

■ INFORMACION DEL ACCIDENTE

Dónde se encontraba en el momento del accidente

Conductor Pasajero delantero Primer Fila Fila de atrás Peatonal Otro: _____

¿Llevaba cinturón de seguridad? Si No Se desplegaron las bolsas de aire? Si No

¿Dónde fue impactado su vehículo? Del Frente De atrás Derecha Izquierda Otro _____

■ INFORMACION MEDICA

En el momento del accidente

¿Sentiste dolor de inmediato después del accidente? Si No

¿Si no, cuando? Mas tarde ese día el día siguiente Cuando? _____

¿Fue al hospital o viste al doctor? Si No Como llego?: Ambulancia Otro: _____

¿Recibió algunas cortas o lesiones? Si No (Describe) _____

¿Ha hecho algunos estudios de imagen? (x-ray, CT, MRI) Si No región(es) _____

¿Fractura? Si No región(es)/Locación(es) _____

Desde el accidente

Los síntomas: Van mejorando Quedan iguales Están empeorando

¿Ha hecho algo para cuidar a lo síntomas? (ejemplo. hielo, calor, descanso, evitar actividades etc.)? Si No

¿Si ha hecho algo – Que ha hecho? _____

¿Sigue trabajando desde el accidente? Si No Ultimo día trabajado: _____

¿Ha faltado en su trabajo desde el accidente? Si No Fechas: _____

■ ESTADO DE SALUD ANTES EL ACCIDENTE

¿Era capaz de cumplir todas las actividades del trabajo sin restricciones? Si No

¿Si no – Que restricciones había puesto? _____

¿Antes del accidente tuviste quejas en el área afectado por el accidente? Si No

¿Si tuviste – Estaban presentes en el momento del accidente? Si No

Si estaban presentes – Por favor anote las quejas aquí: _____
