

LESIONES PERSONALES - HISTORIAL DE ACCIDENTES DE AUTOMÓVIL/CICLETA

Pase a la siguiente sección si su lesión no está relacionada con el automóvil

¿Qué tipo de accidente causó su lesión?

- Dos o más automóviles Lesionado por un
- vehículo como peatón Motocicleta/bicicleta y
- ningún vehículo Un automóvil y una
- motocicleta/bicicleta Otro

¿Cuándo ocurrió el accidente?

___ / ___ / _____

¿En qué parte del vehículo estaba usted en el momento del accidente?

(Si es peatón) ¿Qué estaba haciendo en el momento del accidente?

¿En qué dirección estaba mirando en el momento del impacto?

¿Cuál es el tamaño/tipo de su vehículo?

¿Llevabas cinturón de seguridad?

- Sí No

(Si ciclo) ¿Qué tipo de protección tenía?

¿Se desplegó la bolsa de aire?

- Sí No

¿Entraste en contacto con algo? Sí en el momento del choque? (Explicar)

- Sí No

¿Cuál era la posición del reposacabezas (en relación con su cabeza)?

¿Recibió una lesión en la cabeza?

- Sí No

¿Perdiste el conocimiento?

- Sí No

¿Llegó la policía al lugar

- Sí No

¿Se tomó un informe de accidente?

- Sí No

¿Qué parte de su vehículo o bicicleta fue impactada? Elija todos los que correspondan.

- Frente derecho Delantero izquierdo Frente a la cabeza
- Parte trasera - centro Lado Abajo a la derecha Trasera izquierda
- izquierdo (lado del conductor) Lado derecho (lado del pasajero)
- Desconocido

¿Qué tipo de protección tenía?

¿En qué dirección se movía su vehículo/bicicleta?

¿Cuál fue la velocidad estimada de su vehículo/ciclo?

¿Cuál fue la extensión de los daños a su vehículo?

¿Cuál fue la extensión del daño al otro vehículo/ciclo?

¿En qué dirección se movía el otro vehículo/ciclo?

¿Cuál fue la velocidad estimada del otro vehículo/ciclo?

¿Fue remolcado su vehículo/bicicleta de la escena?

Sí No

¿Llegaron los Servicios Médicos de Emergencia al lugar?

Sí No

¿Cómo abandonó la escena del accidente?

¿Dónde se sintieron las molestias inmediatamente después del accidente?

Describa su malestar después del accidente.

¿Qué tratamiento, si alguno, ha recibido desde el accidente?

¿Hay algún síntoma adicional que haya aparecido desde que ocurrió el accidente? (Explicar)

Sí No

¿Cómo han cambiado sus síntomas desde el accidente?

empeoró Se quedó igual Mejorado

LESIONES PERSONALES - HISTORIAL DE ACCIDENTE NO AUTOMOVILÍSTICO

¿Qué tipo de accidente causó su lesión?

Accidente de trabajo (no relacionado con el automóvil)

Slabio y caída (camino de casa)

lesión en el hogar Lesion deportiva Otro

¿Cuál es la fecha de su cita programada?

___ / ___ / _____

¿Cuándo ocurrió el accidente?

___ / ___ / _____

¿Qué estabas haciendo en el momento del accidente?

¿En qué dirección estaba mirando en el momento del impacto? (si es aplicable)

¿Recibió una lesión en la cabeza?

Sí No

¿Perdiste el conocimiento?

Sí No

¿Llegó la policía al lugar

Sí No

¿Se tomó un informe de accidente?

Sí No

¿Llegaron los Servicios Médicos de Emergencia al lugar?

Sí No

¿Cómo abandonó la escena del accidente?

¿Dónde se sintieron las molestias inmediatamente después del accidente?

Describa su malestar después de la accidente.

¿Qué tratamiento, si alguno, ha recibido desde el accidente?

¿Hay algún síntoma adicional que haya aparecido desde la ocurrió un accidente? (Explicar)

Sí No

¿Cómo han cambiado sus síntomas desde el accidente?

empeoró Se quedó igual Mejorado