

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

1. Cual es la fecha del accidente? \_\_\_\_\_
2. A que hora ocurrió el accidente? \_\_\_\_\_
3. Cuantos vehículos estaban involucrados en el accidente? \_\_\_\_\_
4. Cual es el daño estimado al vehículo en el que viajaba usted? \_\_\_\_\_
5. En que estado ocurrió el accidente? \_\_\_\_\_
6. En que ciudad ocurrió el accidente? \_\_\_\_\_
7. En que calle o intersección estaba usted cuando ocurrió el accidente?  
\_\_\_\_\_
8. En que dirección viajaba? \_\_\_\_\_
9. Que tipo de impacto fue el accidente? \_\_\_\_\_
10. Su vehículo impactó algo después del accidente? si la respuesta es positiva por favor explique \_\_\_\_\_
11. Donde estaba sentado en el vehículo durante el accidente?  
\_\_\_\_\_
12. Sabia usted que iba a ocurrir el accidente? \_\_\_\_\_
13. En que tipo de vehículo se encontraba? \_\_\_\_\_
14. Que tipo de vehículo impacto el suyo? \_\_\_\_\_
15. A la hora del impacto, que tan rápido se movía el carro? \_\_\_\_\_
16. A la hora del impacto, que tan rápido se movía el otro carro? \_\_\_\_\_
17. Durante y después del choque que le sucedió a su vehículo? (circule todo lo que aplica)
  - continuo hacia adelante
  - continuo hacia adelante golpeando al carro del frente
  - fue golpeado por otro vehículo
  - giro
  - giro y le golpeo a un objeto estacionario
  - golpeo un objeto estacionario
18. Perdió el conocimiento durante el accidente? -si \_\_\_\_\_ - no \_\_\_\_\_
19. Como estaba posicionada su cabeza durante el accidente? \_\_\_\_\_
20. Como estaba posicionado su tronco durante el accidente?  
\_\_\_\_\_
21. Como estaban posicionadas sus manos durante el accidente? \_\_\_\_\_
22. Su cabeza golpeo algo durante el accidente? -no \_\_\_\_\_ - si, por favor describa \_\_\_\_\_
23. Su cara golpeo algo durante el accidente? -no \_\_\_\_\_ - si, por favor describa \_\_\_\_\_
24. Sus hombros golpearon algo durante el accidente? -no \_\_\_\_\_ - si, por favor describa \_\_\_\_\_
25. Su cuello golpeo algo durante el accidente? -no \_\_\_\_\_ - si, por favor describa \_\_\_\_\_
26. Su pecho golpeo algo durante el accidente? -no \_\_\_\_\_ - si, por favor describa \_\_\_\_\_
27. Sus caderas golpearon algo durante el accidente? -no \_\_\_\_\_ - si, por favor describa \_\_\_\_\_

28. Sus rodillas golpearon algo durante el accidente? -no - si, por favor describa \_\_\_\_\_

29. Sus pies golpearon algo durante el accidente? -no - si, por favor describa \_\_\_\_\_

30. Que tipo de cabecera tiene su vehículo?

- cabecera movable
- cabeza inmovil
- no tiene cabecera

31. Donde estaba la cabecera posicionada en su cabeza?  
\_\_\_\_\_

32. Andaba el cinturón a la hora del accidente? - si -no

33. Se resbalo fuera del cinturón durante el accidente? \_\_\_\_\_

34. Que se da;o en su vehículo? (Circule todas las que aplican)

- parabrisas
- bumper trasero
- espejo
- manivela
- bumper delantero
- knee bolster
- dash
- cajuela
- puerta trasera derecha
- marco del asiento
- puerta delantera izquierda
- completamente dañado
- ventana del lado
- puerta delantera derecha
- ventana trasera
- puerta trasera izquierda

35. Escoja los itemes que se dañaron por dentro

- alfombra
- puerta del lado
- dash

36. Escoja las puertas que no se abrian por resultado al accidente

- delantera izquierda
- delantera derecha
- trasera izquierda
- trasera derecha

37. Fue al hospital? Si no, no responder de la 38-43  
\_\_\_\_\_

38. Como llego al hospital? \_\_\_\_\_

39. Cual es el nombre del hospital? \_\_\_\_\_

40. Fue usted hospitalizado por la noche? \_\_\_\_\_

41. Haga un circulo a lo que le prescribieron en el hospital

- medicación para el dolor
- relajantes musculares
- cuello ortopedico

42. Le realizaron puntadas en alguna cortada en el hospital? \_\_\_\_\_

43. Se le realizaron rayos x en el hospital? Si si, de que área?  
\_\_\_\_\_