

Información de Accidente Automovilístico

(VEHICLE ACCIDENT INFORMATION)

Nombre(Name): _____ Fecha(Date): _____

Fecha del accidente(Date of accident): _____

A que hora paso el accidente(Time of accident): _____

Por favor describa el accidente en sus propias palabras(Please describe the accident in your own words):

Usted era(You were the): ____ El conductor(The driver), ____ El pasajero delantero(Front passenger), ____ El pasajero de atrás(Rear passenger), ____ El peatón(Pedestrian)

Cuanta gente se encontraba en el carro accidentado?(How many people were in the accident vehicle?): _____

Lugar del Accidente(ACCIDENT SITE)

Nombre de la carretera/calle(Road/Street name): _____

Ciudad/Estado(City/State): _____

La intersección mas cercana con la carretera/calle(Nearest intersection with road/street): _____

Condiciones de manejo(Driving conditions): ____ Seco(Dry), ____ Mojado(Wet), ____ Otro(Other).

¿En que dirección se dirigía? (Which direction where you headed?): _____

¿Velocidad a la que iba? (Speed you were traveling?): _____

Automóvil(VEHICLE)

Marca y modelo del vehículo en el que se encontraba(Make and model of vehicle you were in):

¿Traía puesto cinturón de seguridad?(Were you wearing a seat belt?): ____ Si, ____ No, Si lo traía puesto, que tipo?(If yes, what type?): ____ regazo(Lap), ____ hombro(Shoulder).

Venia el vehículo equipado con bolsas de aire?(Was the vehicle equipped with air bags?): ____ Si, ____ No.

Si las traía, ¿Venían infladas apropiadamente?(If yes, did it/they inflate properly?): ____ Si, ____ No.

¿Traía su asiento apoyo para la cabeza?(Did your seat have a headrest?): ☐ Si, ☐ No.

Si lo traía, ¿Cual era la posición de apoyo de cabeza?(If yes, what was the position of the headrest?): ☐ Baja(Low), ☐ Posición media(Midposition), ☐ Alta(High).

El Otro Automóvil(OTHER VEHICLE)

Marca y modelo del otro vehículo(Make and model of other vehicle): _____

¿En que dirección se dirigía el otro vehículo?(Which direction was the other vehicle headed?): _____

Velocidad a la que iba el vehículo(Speed other vehicle was traveling): _____

Impacto (IMPACT)

¿Hizo impacto su vehículo con otro vehículo?(Did your car impact another vehicle?): _____

¿Hizo impacto su vehículo con alguna estructura?(Did your car impact a structure?): _____

Si fue así, explique(If yes, explain): _____

¿Hizo impacto alguna parte de su cuerpo con el vehículo?(Did any part of your body strike anything in the vehicle?): ☐ Si, ☐ No.

Si fue así, explique(If yes, explain): _____

El impacto fue de(Was impact from): ☐ Frente(Front), ☐ De atrás(Rear), ☐ Izquierda(Left), ☐ Derecha(Right), ☐ Otro(Other).

A la hora del impacto, usted estaba(At the time of impact, were you): ☐ Mirando hacia enfrente(Looking straight ahead), ☐ Mirando a la izquierda(Looking to the left), ☐ Mirando hacia arriba(Looking up), ☐ Mirando a la derecha(Looking to the right), ☐ Mirando hacia abajo(Looking down).

¿Estaban las dos manos en el volante?(Were both hands on the steering wheel?): ☐ Si, ☐ No.

Si no, cual de sus manos estaba en el volante?(If no, which hand was on the wheel?):

☐ La derecha(Right), ☐ La izquierda(Left).

Estaba su pie en el freno?(Was your foot on the brake?): ☐ Si, ☐ No.

Si fue así, cual de sus pies estaba en el freno?(If yes, which foot was on the brake?):

☐ El derecho(Right), ☐ El izquierdo(Left).

Usted fue(Were you): Sorprendido(a) por el impacto(Surprised by impact), Agarrado(a) para el impacto(Braced for impact).

Policía(POLICE)

¿Vino la policía al lugar del accidente?(Did the police come the accident site?): Si, No.

¿Hubo testigos?(Were there witnesses?): Si, No.

¿Se hizo un reporte con la policía?(Was a police report filed?): Si, No.

¿Fue emitida una violación de tráfico?(Was a traffic violation issued?): Si, No.

Si fue así, ¿Para quien?(If yes, to whom?): _____

Condición del Paciente (PATIENT CONDITION)

Estuvo inconsciente inmediatamente después del accidente?(Were you unconscious immediately after the accident?):

 Si, No.

Si fue así, por cuanto tiempo?(If yes, for how long?): _____

Por favor describa como se sintió inmediatamente después del accidente(Please describe how you felt immediately after the accident): _____

Tratamiento(TREATMENT)

¿Fue al hospital?(Did you go to the hospital?): Si, No.?

¿Cuando fue?(When did you go?): Inmediatamente después del accidente(Immediately after accident), Al día siguiente(Next day), Dos días o mas después del accidente(2 days or more after the accident).

¿Como llego al hospital?(How did you get to the hospital?):

 Ambulancia(Ambulance), Transporte Privado (Private transportation).

Nombre del Hospital(Name of the hospital): _____

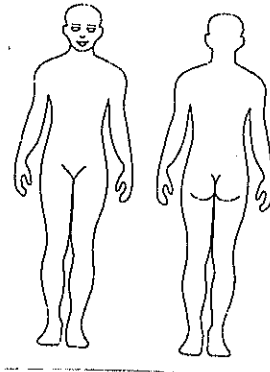
Nombre del Doctor(Name of doctor): _____, Diagnostico(Diagnosis): _____

Tratamiento recibido(Treatment received): _____

Marque una X en la figura donde continua teniendo dolor, adormecimiento, o hormigueo (Mark an X on the picture where you continue to have pain, numbness, or tingling).

Clasifique la severidad de dolor en escala de 1 (muy poco dolor) a 10 (dolor muy fuerte) (Rate the severity of your pain on a scale from 1 to 10):

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ Agudo (Sharp) | ☐ Punzante (throbbing) | ☐ Adormecimiento (Numbness) |
| ☐ Adolorido (Aching/dull) | ☐ Ardiente (burning) | ☐ Hormigueo (Tingling) |
| ☐ Calambres (Cramps) | ☐ Hinchazón (Swelling) | ☐ Otro (Other) |
| ☐ Dolor de tiro (Shooting) | | |
| ☐ Entumecimiento (stiffness) | | |



¿Que tan seguido tiene este dolor? (how often do you have this pain?): _____

¿Es constante, o va y viene? (Is it constant or does it come and go?): _____

El dolor interfiere con su (Does it interfere with your):

☐ Trabajo (Job), ☐ Sueño (Sleep), ☐ Rutina diaria (Daily routine), ☐ Actividades recreativas (Recreation).

Movimientos que son dolorosos para hacer (Movements that are painful to perform):

☐ Sentarse (Sitting), ☐ Pararse (Standing), ☐ Caminar (Walking), ☐ Doblarse (Bending), ☐ Acostarse (Laying down).

Al mejor de mi conocimiento, la información de arriba esta completa y correcta. Entiendo que es mi responsabilidad informar a mi doctor si yo, o mi hijo(a) menor alguna vez ha tenido algún cambio de salud.

(To the best of my knowledge, the above information is complete and correct. I understand that it is my responsibility to inform my doctor if I, or my minor child, ever have a change in health).

Firma: _____ Fecha: _____

Firma del paciente, padre, guardian, o representante personal.

(Date)

Imprima nombre: _____ Relación al paciente _____

Nombre del paciente, padre, guardian, o representative personal.