

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 veh culo 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 veh culo impactó algo después del accidente? si la respuesta es positiva por favor explique _____
11. Donde estaba sentado en el veh culo durante el accidente?

12. Sabia usted que iba a ocurrir el accidente? _____
13. En que tipo de veh culo se encontraba? _____
14. Que tipo de veh culo 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 vehiculo? (circule todo lo que aplica)
 - continuo hacia adelante
 - continuo hacia adelante golpeando al carro del frente
 - fue golpeado por otro veh culo
 - 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 cabezera tiene su vehÃculo?

- cabezera movable
- cabeza inmovil
- no tiene cabezera

31. Donde estaba la cabezera posicionada en su cabeza?

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

33. Se resbalo fuera del cinturÃn durante el accidente? _____

34. Que se da;o en su vehÃculo? (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 daÃado |
| - ventana del lado | - puerta delantera derecha | |
| - ventana trasera | - puerta trasera izquierda | |

35. Escoja los itemes que se da±aron 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

- medicaciÃn para el dolor
- relajantes musculares
- cuello ortopÃdico

42. Le realizaron puntadas en alguna cortada en el hospital? _____

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