

CUESTIONARIO DE LESIONES DE ACCIDENTE DE AUTO

Nombre _____ Edad _____ Cumpleaños ___/___/___ Sexo: M F
Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo _____
#Casa _____ #Cel _____ #Trabajo _____
Correo eElectronico _____ Quien Lo Refirio a Nosotros? _____
Estado Civil C D S V Número de Niños _____ Está Usted Embarazada? Si No
Estatura _____ Peso _____ Ocupacion _____ Tiempo Completo / Tiempo Parcial
Nombre de Empleador _____ Direccion de Empleador _____
Co.de Seguro de Automovil _____ #de Póliza _____ Nom de Agente _____
Tiene Med Pay en la Polisa? Si No No Se Tiene seguro de Medico? Si No

DESCRIPCION DEL ACCIDENTE:

1. Fecha del Accidente ___/___/___
2. En sus propias palabras, describa brevemente el accidente: _____

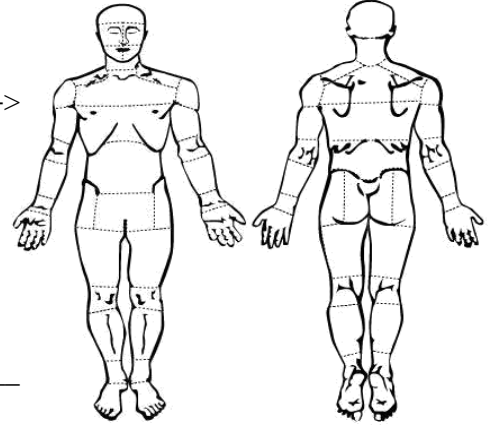
3. Era Conductor Pasajero Delantero Pasajero Trasero Izquierdo Pasajero Trasero Derecho Otro _____
4. Quien le pego a quien/que? Usted golpeó otro auto Otro auto le pego Le dio a otro objeto _____
5. Punto de impacto Frente Frente Izqrd Frente Derecho Parte Trasera Trasero Izqrd Trasero Derecho
6. Clase de Auto Caro Van Station Wagon Camioneta SUV Otro _____
7. Como estaba su vehículo en el momento del accidente? Se detuvo en una intersección
 Detenido en tráfico Detenido en la luz Dando vuelta a la derecha Dando vuelta a la izquierda Estacionado
 Procediendo Bajando velocidad Accelerando Otro _____
8. El tipo del otro vehículo Caro Van Station Wagon Camioneta SUV Otro _____
9. Que estaba haciendo el otro vehiculo en el momento del accidente? Detenido en una intersección
 Detenido en tráfico Detenido en la luz Dando vuelta a la derecha Dando vuelta a la izquierda Estacionado
 Procediendo Bajando velocidad Accelerando Otro _____
10. Tenia un cinturón de seguridad? Si No Tuvo un arnés de hombro? Si No
11. Cuál era la dirección de su cabeza en el momento de impacto? Recto Viendo a la derecha Viendo a la izquierda
12. Cuántas personas habían en el coche con usted? Ninguno Uno Dos Tres Cuatro Otro _____
13. Hora del accidente _____ Estado de la carretera en el momento del accidente Helado Mojado Arenoso
 oscuro Limpio y Seco
14. Visibilidad en el momento del accidente Pobre Limpio Bueno
15. Cuál fue la posición de su reposacabezas en el momento de impacto? Arriva Abajo Desconocido
 No reposacabezas
16. La posición del reposacabezas fue alterada por el impacto? Si No Desconocido
17. Fueron activadas las bolsas de aire del conductor? Si No Fueron activadas las bolsas de aire del pasajero Si No
18. Cuál fue la posición de sus manos en el volante? Ambas manos en Una mano en No recuerdo
19. Tenia la presión en los frenos? Si No No recuerdo
20. Vio que iba a tener el accidente? Si No Se preparó para el impacto? Si No
21. Su cuerpo golpeo el interior de su vehículo? Si No *Si si, que parte de su cuerpo? _____
Golpeo que parte de su vehiculo? _____
22. Su vehículo golpeó algo más después del accidente? _____
23. Perdió el conocimiento durante la lesión Si No *Si si, por cuanto tiempo _____
24. Se presentó la policía a la escena? Si No Se presentó un informe? Si No
25. A dónde fue después del accidente? Casa Trabajo Hospital ER Doctor Privado
26. Cómo llego ahí? Maneje por mi mismo(a) Alguien mas Ambulancia Policia Otro _____
27. Marque sus síntomas inmediatamente después y / o unos pocos días después del accidente:
 Dolor de cabeza Mareo Nausea Diarrea Ansioso Estreñimiento Problema durmiendo
 Dolor lumbar Pies Fríos Confusión Fatiga Zumbido en oídos Dolor de pecho Dificultad al respirar
 Espalda Media Manos Frias Desmayo Depresión Dolor de ojos Pérdida del olfato Hormigueo de manos
 Tension de cuello Dolor de Cuello Nerviosismo Tension Hormigueo de pies Irritabilidad Otro _____

28. Si fue al hospital, le sacaron radiografías? Si No análisis de laboratorio? Si No
 Partes radiografiadas? _____ Rayos-X revelaron? _____
 Análisis de laboratorio reveló? _____

29. Tratamientos: Collar cervical Hielo Medicamentos _____ Otros _____

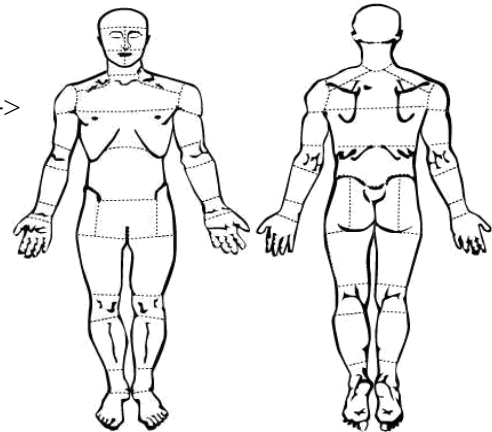
Queja Principal: _____

Síntomas aparecieron: Gradualmente De repente
 Cuánto tiempo ha tenido el dolor? _____ Años / Meses / Semanas / Dias
 Marque una X en la foto a la derecha donde usted está teniendo dolor o malestar --->
 Clase de Dolor:
 Dolor Ardor Difundido Pesado Entumecimiento Agudo
 Palpitante Tensión Hormigueo
 Con qué frecuencia tiene el dolor? (Marque uno):
 Constante Frecuente Intermitente Ocasional
 Los síntomas se agravan por: _____
 Los síntomas se reducen por: _____
 Califique la severidad de su dolor (Circule uno): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Qué hora del día es el dolor más notable? _____



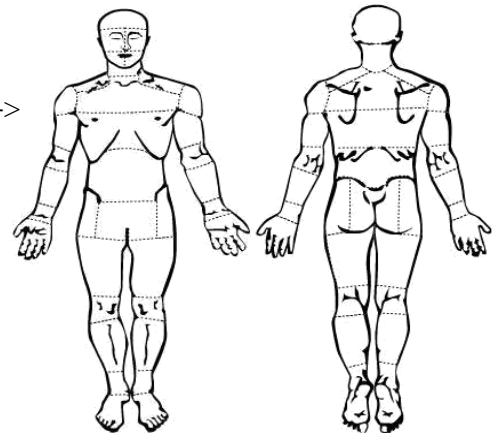
Queja Adicional: _____

Síntomas aparecieron: Gradualmente De repente
 Cuánto tiempo ha tenido el dolor? _____ Años / Meses / Semanas / Dias
 Marque una X en la foto a la derecha donde usted está teniendo dolor o malestar --->
 Clase de Dolor:
 Dolor Ardor Difundido Pesado Entumecimiento Agudo
 Palpitante Tensión Hormigueo
 Con qué frecuencia tiene el dolor? (Marque uno):
 Constante Frecuente Intermitente Ocasional
 Los síntomas se agravan por: _____
 Los síntomas se reducen por: _____
 Califique la severidad de su dolor (Circule uno): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Qué hora del día es el dolor más notable? _____



Queja Adicional: _____

Síntomas aparecieron: Gradualmente De repente
 Cuánto tiempo ha tenido el dolor? _____ Años / Meses / Semanas / Dias
 Marque una X en la foto a la derecha donde usted está teniendo dolor o malestar --->
 Clase de Dolor:
 Dolor Ardor Difundido Pesado Entumecimiento Agudo
 Palpitante Tensión Hormigueo
 Con qué frecuencia tiene el dolor? (Marque uno):
 Constante Frecuente Intermitente Ocasional
 Los síntomas se agravan por: _____
 Los síntomas se reducen por: _____
 Califique la severidad de su dolor (Circule uno): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Qué hora del día es el dolor más notable? _____



HAS VISTO OTRO MEDICO PARA ESTA CONDICION?

1) Nombre _____
Telefono # _____
Dias de Cuidado _____
Examen/Tratamientos _____
Resultados _____

2) Nombre _____
Telefono # _____
Dias de Cuidado _____
Examen/Tratamientos _____
Resultados _____

Síntomas Anteriores Similares :

- NO he tenido síntomas previos similares a mi actual
- Mis quejas actuales existía antes pero no me molestaban
- Mis quejas actuales ya existían y se agravaron

Mis más recientes síntomas similares fueron ...

- Meses atrás / Hace años o en la fecha : ___/___/___

Su historia ha contribuido a su sintoma actual?

- Mi historia ha contribuido a mis síntomas actuales
- Mi historia no ha contribuido a mi sintoma actual
- No estoy seguro si mi historia ha contribuido a mi síntomas actuales.

Escriba síntomas no cubiertos anteriormente :

* Por favor marque todas las condiciones abajo que a tenido en el presente/pasado *

- | | | | | |
|---|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> SIDA / VIH | <input type="checkbox"/> Varicela | <input type="checkbox"/> Acidez/reflujo ácido | <input type="checkbox"/> Irregularidades menstruales | <input type="checkbox"/> Problemas de la prostata |
| <input type="checkbox"/> Alcoholismo | <input type="checkbox"/> Dependencia Química | <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón | <input type="checkbox"/> Migraña | <input type="checkbox"/> Prótesis |
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Estreñimiento | <input type="checkbox"/> Palpitacion del corazón | <input type="checkbox"/> Aborto Involuntario | <input type="checkbox"/> Artritis Reumatoide |
| <input type="checkbox"/> vacunas para alergias | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Mononucleosis | <input type="checkbox"/> Zumbido en los oídos |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Hernia | <input type="checkbox"/> Esclerosis Múltiple | <input type="checkbox"/> Sinusitis |
| <input type="checkbox"/> Apendicitis | <input type="checkbox"/> Diarrea | <input type="checkbox"/> Hernia de disco | <input type="checkbox"/> Paperas | <input type="checkbox"/> Problemas durmiendo |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Dificultad para tragar | <input type="checkbox"/> Herpes | <input type="checkbox"/> Nerviosismo/Ansiedad | <input type="checkbox"/> Problema de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Asma/Falta de aire | <input type="checkbox"/> Mareo | <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Amigdalitis |
| <input type="checkbox"/> Problemas de coagulación | <input type="checkbox"/> Desorden Alimenticio | <input type="checkbox"/> Colesterol Alto | <input type="checkbox"/> Marcapasos | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Masa en el pecho | <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> IBS | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson | <input type="checkbox"/> Tumores/Crecimientos |
| <input type="checkbox"/> Bronquitis | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal | <input type="checkbox"/> Nervio Comprimido | <input type="checkbox"/> Ulceras |
| <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática | <input type="checkbox"/> Neumonía | <input type="checkbox"/> Malestar estomacal |
| <input type="checkbox"/> Cataratas | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Sarampión | <input type="checkbox"/> Polio | <input type="checkbox"/> Infecciones vaginales |

Alguna otra condicion no cubierta arriba : _____

POR FAVOR LISTE LAS CIRUGÍAS QUE HAN TENIDO

Clase _____ Cuando _____ Doctor _____
Clase _____ Cuando _____ Doctor _____

POR FAVOR LISTE CUALQUIER ACCIDENTES/CAIDA ANTERIOR

Que _____ Cuando _____
Que _____ Cuando _____
Observaciones _____

POR FAVOR LISTE CUALQUIER MEDICAMENTO O VITAMINAS QUE TOME

Que _____ Frecuencia _____ Doctor _____
Que _____ Frecuencia _____ Doctor _____
Que _____ Frecuencia _____ Doctor _____

INFORMACIÓN LABORAL

trabajo incluye:

- sentado parado escritorio mostrador otro _____ por cuanto tiempo? _____
- levantando cuanto peso? _____ doblado inclinándose torceiendo girando

Clase de zapatos tacones botas soportes para el arco otro _____

Cuánto tiempo hablar por teléfono todos los días? _____ teléfono tradicional audifonos

actividad física en el trabajo: sedentario trabajo manual ligero trabajo manual trabajo manual pesado

Algunas de sus actividades de trabajo agravan sus quejas principales? por favor describa:

COMO HA AFECTADO SU VIDA?

Ha perdido trabajo?

La calidad de su trabajo ha sido afectada?

Eres capaz de hacer las tareas del hogar?

Este problema ha interferido con su vida social?

Ha interferido con pasar tiempo con la familia y los amigos?

Ha interferido con sus actividades recreativas? (Ejercicio, Golf, Tenis, etc.)

Por favor escriba cualquier otra actividad/deber que sea difícil debido al dolor que está teniendo.

Marque uno

SI NO Si si, cuanto tiempo? _____

SI NO

SI NO

SI NO

SI NO

SI NO

DISCAPACIDAD

Tiene una calificación de incapacidad permanente? _____ ubicación _____ Fecha de recepción _____

Porcentaje _____

HÁBITOS DE SALUD: fumar: _____ Cajas por Semana alcohol: _____ Bebidas a la semana Café/Cafeína: _____ Bebidas a la semana Alto nivel de estrés: Alto/ moderado / bajo Rason: _____ Otras Dependencias Químicas: _____**Ejercicio:** nada moderado diario intenso**Hábitos de Sueño:** Horas por noche _____ Tipo de colchón _____ Siestas _____Duerme en su espalda lado estómago

Describa su sueño (profundo / reparador, interrumpido, etc.) _____

Tiene dietas especiales? _____

Entiendo que la información contenida en este formulario esta garantizada y que esta forma se completó correctamente y a lo mejor de mi conocimiento.

X

Firma

Fecha