

# CUESTIONARIO DEL ACCIDENTE

Nombre \_\_\_\_\_ Telefono ( ) \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_Codigo Postal \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Seguro Social \_\_\_\_\_

Nombre y Direccion de Empleador \_\_\_\_\_

Su Compania de Seguros \_\_\_\_\_ # de Poliza \_\_\_\_\_ Nombre del Agente \_\_\_\_\_

Nombre en el Poliza (Si es diferente de Ud.) \_\_\_\_\_ # del Claim \_\_\_\_\_

Nombre del Persona Responsable \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_Codigo Postal \_\_\_\_\_

Nombre en el Poliza (del Responsable) \_\_\_\_\_ # de Poliza \_\_\_\_\_

## ABOGADO

Nombre \_\_\_\_\_ Telefono ( ) \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_Codigo Postal \_\_\_\_\_

Hubo personas que vieron que paso? ( ) Si ( ) No Nombre(s) \_\_\_\_\_

## SOBRE EL ACCIDENTE:

1. Fecha del Accidente \_\_\_\_\_ Hora del Accidente \_\_\_\_\_

2. Ud. iba de: ( ) Chofer ( ) Pasajero ( ) Adelante ( ) Atras

3. Numero de personas en su vehiculo? \_\_\_\_\_ Tenian puestos las cinturas? \_\_\_\_\_

4. En que direccion seguia Ud.? ( ) Norte ( ) Este ( ) Sur ( ) Oeste  
en (nombre de calle) \_\_\_\_\_

5. En que direccion seguia el otro vehiculo? ( ) Norte ( ) Este ( ) Sur ( ) Oeste  
en (nombre de calle) \_\_\_\_\_

6. Ud. fue chocado por: ( ) Detras ( ) Defrente ( ) El Lado Izquierdo ( ) El Lado Derecho

7. Ud. andaba a: \_\_\_\_\_ mph El otro coche: \_\_\_\_\_ mph

8. Quedo Ud. inconsciente? ( ) Si ( ) No Si respondio que "Si," por cuanto tiempo? \_\_\_\_\_

9. Aviso a la policia? ( ) Si ( ) No

10. Por favor describa el accidente en sus propias palabras: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

11. Tenias Ud. alguna queja de su estado fisico ANTES DEL ACCIDENTE? ( ) Si ( ) No Si respondio que "Si,"  
por favor explique con detalles: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

12. Por favor describa como se sintio:

a. DURANTE el accidente: \_\_\_\_\_

b. INMEDIATAMENTE DESPUES del accidente: \_\_\_\_\_

c. MAS TARDE ESE MISMO DIA: \_\_\_\_\_

d. EL DIA SIGUIENTE: \_\_\_\_\_

13. Cuales son sus quejas y sintomas PRESENTES? \_\_\_\_\_

14. Tiene Ud. algun problema de nacimiento que se relacione con este problema? ( ) Si ( ) No Si respondio que "Si," por favor describa: \_\_\_\_\_

15. Tiene Ud. alguna enfermedad previa que se relacione con este caso? ( ) Si ( ) No Si respondio que "Si," por favor describa: \_\_\_\_\_

16. Ha tenido Ud. algun accidente antes de este? ( ) Si ( ) No Si respondio que "Si," por favor describa, incluyendo la(s) fecha(s) y tipo(s) de accidente(s); tambien describa que clase de lesiones recibio. \_\_\_\_\_

17. A donde fue trasladado Ud. despues del accidente? \_\_\_\_\_

18. Ha recibido tratamiento de otro doctor desde el accidente? ( ) Si ( ) No Si respondio que "Si," por favor escriba el nombre y la direccion del doctor: \_\_\_\_\_

Que tipo de tratamiento recibio Ud.? \_\_\_\_\_

19. Desde este lesion ocurrio, sus sintomas estan: ( ) Mejorando ( ) Peorando ( ) Mismo

20. MARQUE LOS SINTOMAS QUE UD. HA SENTIDO DESDE EL ACCIDENTE:

- |   |  |   |   |  |
|---|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza  | <input type="checkbox"/> Irritabilidad     | <input type="checkbox"/> Entumecimiento en  | <input type="checkbox"/> Cara Rosado          | <input type="checkbox"/> Pies Frios        |
| <input type="checkbox"/> Dolor de Cuello  | <input type="checkbox"/> Dolor de Pecho    | <input type="checkbox"/> Dedos de Pies      | <input type="checkbox"/> Falta de respiracion | <input type="checkbox"/> Manos Frias       |
| <input type="checkbox"/> Cuello Tieso     | <input type="checkbox"/> Mareos            | <input type="checkbox"/> Fatiga             | <input type="checkbox"/> Equilibrio           | <input type="checkbox"/> Dolor de Estomago |
| <input type="checkbox"/> Problemas para   | <input type="checkbox"/> Cabeza siente     | <input type="checkbox"/> Depresion          | <input type="checkbox"/> Perdida de Olfato    | <input type="checkbox"/> Estrenimiento     |
| <input type="checkbox"/> Dormir           | <input type="checkbox"/> Pesada            | <input type="checkbox"/> Luz afecta Ojos    | <input type="checkbox"/> Perdida de Sabor     | <input type="checkbox"/> Sudor Frio        |
| <input type="checkbox"/> Dolor de Espalda | <input type="checkbox"/> Agujas en Brazos  | <input type="checkbox"/> Perdida de Memoria | <input type="checkbox"/> Diarrea              | <input type="checkbox"/> Fiebre            |
| <input type="checkbox"/> Nervosismo       | <input type="checkbox"/> Agujas en Piernas | <input type="checkbox"/> Entumecimiento en  | <input type="checkbox"/> Sonido en Oidos      | <input type="checkbox"/>                   |
| <input type="checkbox"/> Tension          | <input type="checkbox"/> Dedos             |   |   |  |

21. Ha perdido tiempo de su trabajo por causa del accidente? ( ) Si ( ) No Si respondio que "Si," por favor conteste esta pregunta.  
a. Ultimo Dia que Trabajo: \_\_\_\_\_

b. Tipo de Trabajo: \_\_\_\_\_

c. Salario Presente: \_\_\_\_\_

d. Lo estan compensando por el tiempo que ha perdido en su trabajo? ( ) Si ( ) No Si respondio que "Si," por favor declare el tipo de compensacion que esta recibiendo: \_\_\_\_\_

22. Tiene Ud. algun restriccion a cualquier actividad por causa de este lesion? ( ) Si ( ) No Si respondio que "Si," por favor describa con detalles: \_\_\_\_\_

23. Otra informacion que relaciona: \_\_\_\_\_

Fecha

Firma del Paciente