

HISTORIA DE DAÑOS AUTOMOVILISTICOS

Nombre _____ Fecha de accidente _____ Hora _____

¿Donde ocurrió el accidente? _____

Describe el accidente en sus propias palabras _____

¿Cual era su posición en el auto? Conductor Pasajero. Si era ud. pasajero, estaba ud. sentado Enfrente Atras, en la derecha Atras, en la izquierda.

¿Su vehículo chocó a otro vehículo? Si No ¿Fue su carro chocado por otro vehículo Si No

¿El impacto fue de Enfrente? Ellado derecho? Por detras? Ellado Izquierdo?

¿A la hora del impacto estaba ud. Mirando hacia delante? Mirando a su derecha? Mirando a su izquierda?

¿Estaban sus dos manos en el volante? Si No ¿Tenia su pie en los frenos? Si No ¿Estaba ud. perparado para el impacto (cinturones, etc.) Si No

¿En que parte del carro se encontraba ud. después del accidente? _____

¿Llevaba puestos cinturones de seguridad? Si No ¿Le pegó ud. a algo adentro de su vehículo a la hora del impacto? Si No

Si le pegó a algo especifique: Volante Tablero de instrumentos Parabrisas Puerta de lado Descanso de brazo Ventana de lado

Por favor anote la parte de cuerpo: Pecho Barba Rodilla Hombro Mano Cabeza

¿Como se sintió inmediatamente después del accidente? _____

¿Estaba ud. inconiente? Si No Ofuscado? Si No ¿Fue ud. al hospital? Si No

¿Si ud. fué al hospital, cuando? A la hora del accidente? Si No Al día siguiente? Si No

¿Como fué ud. al hospital? Ambulancia? Si No Transportación privada? Si No

¿Le pusieron los asistentes de ambulancia un collar protector en el cuello? Si No tablillas? Si No abrazadera? Si No

Nombre del hospital _____

Atendido por Dr. _____ ¿Le tomaron Rayos X en el hospital? Si No

¿Cuál fué el diagnóstico? _____

¿Fue ud. admitido al hospital? Si No Cuanto tiempo se quedó? _____

¿Que tratamiento fué dado? _____

Describe los sintomas desde el día siguiente del accidente a esta fecha _____

¿Que recomendaciones fueron dadas? Visite su doctor? Si No Visite a un doctor ortopédico? Si No Terapia física? Si No

¿Antes de su accidente y daños tenía ud. la capacidad de trabajar en una base igual con otros de su misma edad? Si No

¿Están sus actividades de trabajo limitadas como resultado de este accidente? Si No

Si si, dé el porcentaje de su limite: _____

¿Están las actividades en su hogar limitadas como resultado de este accidente? Si No

¿Tiene ud. una copia del reporte de policia? Si No Si tiene una copia, por favor traiga una a nuestra oficina.

Firma _____ Fecha _____