

Cuestionario del paciente – Accidente de Auto

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Dirección: _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Firma del Paciente _____ Numero de Telefono: _____

Fecha del examen: ____/____/____

Información básica sobre el accidente:

Fecha en que ocurrió o comenzó el accidente: ____/____/____ Hora del día en que ocurrió o comenzó el accidente: ____:____ AM / PM

Describe cómo ocurrió el accidente: _____

Describe la condición o los síntomas causados por el accidente: _____

Información Específica de Accidentes Automovilísticos:

¿Fui el: ☐ Conductor ☐ Pasajero delante/detrás ☐ caminante ☐ Ciclista

Automóvil en el que estuvo: Año _____ Marca _____ Modelo _____

Daños a su automóvil: ☐ Delantero ☐ Trasero ☐ del lado del conductor ☐ del lado del pasajero ☐ Bómpier

Monto de daño estimado: \$ _____ ☐ menor ☐ mayor ☐ Perdida total ☐ moderado ☐ inseguro

Otro automóvil: Año _____ Marca _____ Modelo _____

Daños a otro automóvil: ☐ Delantero ☐ Trasero ☐ del lado del conductor ☐ del lado del pasajero ☐ Bómpier

☐ Menor ☐ Mayor ☐ totalizó ☐ Moderado ☐ Inseguro

¿Dónde ocurrió el accidente? Nombres de las calles: _____ Ciudad/Estado _____

¿Lo fue? ☐ Intersección controlada ☐ no controlada ☐ no intersección

¿Había un semáforo? ☐ Ninguna ☐ Verde ☐ Rojo ☐ Flecha de giro ☐ señal de pare

¿Estabas: ☐ moviéndote lentamente ☐ moviéndote ☐ detenido?

Condiciones meteorológicas: ☐ soleado ☐ lluvioso ☐ nublado

Superficie de la calle: ☐ seco ☐ mojado ☐ resbaladizo ☐ helado ☐ otros _____

Tipo de impacto: ☐ Impacto trasero ☐ frontal ☐ lateral ☐ dio la Vuelta

Frenos en caso de impacto: ☐ bloqueados herméticamente ☐ aplicados sin apretar ☐ pie no frenado

¿Qué tan lejos se movió su automóvil? ☐ No se movió ☐ Se movió de 1 a 5 pies ☐ Se movió de 6 a 10 pies ☐ Se movió más de 10 pies

¿Dónde estaba sentado en el vehículo: _____ Usando el cinturón de seguridad? ☐ Sí ☐ No

Arnés de hombro: ☐ Sí ☐ No Reposacabezas: ☐ Sí ☐ No Posición del reposacabezas: ☐ arriba ☐ abajo

¿El coche está equipado con airbags? ☐ Sí ☐ No ¿Se desplegaron? ☐ Sí ☐ No

¿Viste venir el impacto? ☐ Sí ☐ No ¿Te preparaste para el impacto? ☐ Sí ☐ No

En el momento del impacto, tu cabeza miraba: ☐ delante ☐ detrás ☐ arriba ☐ abajo ☐ a la derecha ☐ a la izquierda

En el momento del impacto: ☐ Lanzado hacia adelante ☐ Lanzado hacia atrás ☐ Lanzado hacia los lados ☐ Otros

¿Tu cuerpo golpeó algo dentro del auto? ☐ Sí ☐ No Parte del cuerpo: _____

¿Qué golpeó? _____

¿Trauma de la cabeza ☐ ¿Sí ☐ no pérdida del conocimiento? ☐ Sí ☐ No ¿Por cuánto tiempo? _____

¿Recuerdas el accidente? ☐ Sí ☐ No

¿Hospital? ☐ Sí ☐ No Nombre del hospital: _____ ¿Cuánto tiempo estuvo? _____

¿Te llevaron en ambulancia? ☐ Sí ☐ No

¿Radiografías o otras imágenes tomadas? ☐ Sí ☐ No Áreas de radiografías/MRI/CT scan: ☐ Cuello ☐ Espalda media ☐ Espalda baja
☐ Otras radiografías _____

¿Medicación administrada? ☐ Sí ☐ No RX: _____

Otra instrucción: _____ Seguimiento: _____

Información adicional relacionada con la afección:

Describe su dolor: ☐ Agudo ☐ sordo ☐ Punzante ☐ Dolor ☐ Irradiación ☐ Ardor ☐ Entumecimiento ☐ palpitante

¿Qué lo causó? _____

¿Qué lo agrava? _____

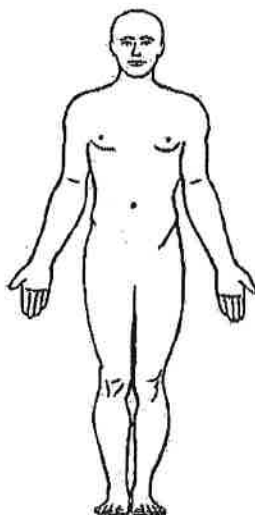
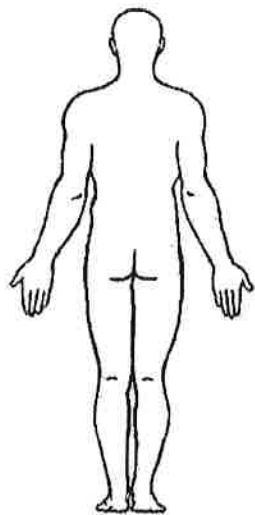
¿Qué lo alivia? _____

¿Ha tenido el paciente alguna vez la misma afección o síntomas similares antes de esta ocurrencia más reciente? ☐ Sí ☐ No

¿Cuándo? ____/____/____

Describe: _____

Indique en la imagen donde le duele:



Indique cualquier otro proveedor de atención médica que el paciente haya consultado por la afección o los síntomas:

Nombre

Tipo de licencia

Fecha de la última visita

____/____/____

____/____/____

¿Ha faltado al trabajo o a la escuela debido a sus lesiones? ☐ Sí ☐ No

¿Usted fuma? ☐ Sí ☐ No Número de paquetes: _____

¿Bebes alcohol? ☐ Sí ☐ No Número de bebidas _____

Notas: _____

Historial Médico:

¿Alguna vez has estado en nuestra oficina? ☐ Sí ☐ No

Enumere cualquier accidente anterior (lesiones automovilísticas, en el trabajo, resbalones, caídas, deportes, etc.) y proporcione la fecha del accidente:

- 1) _____ ____/____/____
- 2) _____ ____/____/____
- 3) _____ ____/____/____

Cirugías/Hospitalizaciones: _____

Alergias (mencione todas): _____

Haga una lista de todos los medicamentos que está tomando actualmente y por qué: _____