FORT BEND INJURY CLINIC, PLLC CUESTIONARIO DEL ACCIDENTE

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Hoy: _____

Día del Accidente: _____

LAS PREGUNTAS SIGUIENTES TIENEN QUE VER CON USTED Y EL VEHICULO EN QUE ESTABA USTED:

Tipo de Vehículo:

- Carro   Trocka
 Van   Trocka de Carga
 Station Wagon   Camión
 Otro _____

Tamaño de Vehículo:

- Subcompacto   Grande
 Compacto   Mini
 Mediano   No Pesado
 Pesado   Otro _____

Su posición en el vehículo:

- Conductor
 Pasajero ----- Posición----- Izquierda   Medio   Derecha
 Otro _____   Frente   Atrás   Tercer Sillón (atrás)

Velocidad de su vehículo:

Porque el vehículo estaba parado o despacio por:

- Parado   Moviendo Medianamente   Semáforo   Estacionar
 Estacionado   Moviendo Rapidamente   Peatón   Tráfico
 Bajando de Velocidad   Moviendo aprox __ mph   Señal de Alto   Cruce con Mucho Tráfico
 Moviendo Lentamente

Tipo de Colisión:

- Impacto de la Izquierda   Colisión de Dos carros frente a frente
 Impacto de la derecha   Impacto de Atrás
 Impacto de frente   Incidente con Peatón

LAS PREGUNTAS SIGUIENTES TIENEN QUE VER CON EL OTRO VEHICULO ENREVESADO EN EL ACCIDENTE:

Tipo de Vehículo:

- Carro   Trocka
 Van   Trocka de Carga
 Station Wagon   Camión
 Otro _____

Tamaño de Vehículo:

- Subcompacto   Grande
 Compacto   Mini
 Mediano   No Pesado
 Pesado   Otro _____

CONDICIONES EN LA HORA DEL ACCIDENTE:

Parte del Día:

- Luz de Día
 Madrugada
 Anochecer
 Noche

El Camino:

- Seco
 Húmedo
 Mojado
 Cubierto de Nieve
 Cubierto de Hielo
 Ambos Nieve/Hielo

Visibilidad:

- Excelente
 Buena
 Más o Menos
 Mala

Visibilidad Impedida Por:

- Mucha Luz
 Oscuro
 Lluvia
 Nieve
 Nublado
 Tráfico

LAS PREGUNTAS SIGUIENTES TIENEN QUE VER CON EL MOMENTO DEL IMPACTO:

¿Estaba Usted...

- Completamente no consciente que iba a chocar?
 Consciente que iba a chocar?
 Consciente que iba a chocar y preparado?

Cinturones: (indique todos posibles)

- Cinturón (de abajo)
 Cinturón (del hombro)
 Ningún Cinturón

Si manejaba Ud., ¿ estaba el pie puesto en el pedal del freno? Sí No inconsciente por el impacto

¿Fue utilizada la bolsa de aire?

- El Carro no trae bolsa de aire
 Sí fue utilizada la bolsa de aire
 No se utilizó la bolsa de aire

¿En que posición estaba Su reposa-cabezas?

- Alta
 Media
 Baja

En que posición estaba Su Cabeza en el momento del impacto?

- Por delante
- Inclínada por delante
- Hacia la izquierda
- Hacia la derecha

Posición del cuerpo en el momento del impacto

- Recto
- Inclínado adelante
- Hacia la izquierda
- Hacia la derecha

Daño al vehículo en que Estaba USTED:

- incurrio daños mínimos
- incurrio daños moderados
- incurrio daños severos
- Quedó destrozado
- No conocidos

COMO RESULTADO DE LA FUERZA DEL CHOQUE ¿CUALES OBJETOS GOLPEÓ EL CUERPO?

Cabeza

- Volante
- Tablero de mandos
- Parabrisas
- Apoyabrazos
- Apoyacabezas
- Espejo delantero
- Puerta izquierda
- Puerta derecha
- Ventana izquierda
- Ventana derecha
- Consola
- Palanca de cambio
- Sillón delantero
- Sillón trasero

Brazo Derecho

- Volante
- Tablero de mandos
- Parabrisas
- Apoyabrazos
- Apoyacabezas
- Espejo delantero
- Puerta izquierda
- Puerta derecha
- Ventana izquierda
- Ventana derecha
- Consola
- Palanca de cambio
- Sillón delantero
- Sillón trasero

Pierna Izquierda

- Volante
- Tablero de mandos
- Parabrisas
- Apoyabrazos
- Apoyacabezas
- Espejo delantero
- Puerta izquierda
- Puerta derecha
- Ventana izquierda
- Ventana derecha
- Consola
- Palanca de cambio
- Sillón delantero
- Sillón trasero

¿Se echó la cabeza para...?

- Atrás, luego Adelante
- Adelante, luego atrás
- La izquierda Izquierda, luego derecha
- La derecha Derecha, luego izquierda

¿Se echó el cuerpo...?

- Atrás, luego adelante
- Adelante, luego atrás
- La izquierda Izquierda, luego derecho
- La derecha Derecha, luego izquierda
- Por el otro lado del vehículo
- Por afuera del vehículo
- Por abajo del vehículo

Citaci6nes:

- Ninguno emitido
- A Usted mismo
- Conductor del vehículo paciente era un pasajero de
- Al Conductor del otro vehículo
- No estoy seguro

Brazo Izquierdo

- Volante
- Tablero de mandos
- Parabrisas
- Apoyabrazos
- Apoyacabezas
- Espejo delantero
- Puerta izquierda
- Puerta derecha
- Ventana izquierda
- Ventana derecha
- Consola
- Palanca de cambio
- Sillón delantero
- Sillón trasero

Torso

- Volante
- Tablero de mandos
- Parabrisas
- Apoyabrazos
- Apoyacabezas
- Espejo delantero
- Puerta izquierda
- Puerta derecha
- Ventana izquierda
- Ventana derecha
- Consola
- Palanca de cambio
- Sillón delantero
- Sillón trasero

Pierna Derecha

- Volante
- Tablero de mandos
- Parabrisas
- Apoyabrazos
- Apoyacabezas
- Espejo delantero
- Puerta izquierda
- Puerta derecha
- Ventana izquierda
- Ventana derecha
- Consola
- Palanca de cambio
- Sillón delantero
- Sillón trasero

LAS PREGUNTAS SIGUIENTES TIENEN QUE VER CON EL PERIODO INMEDIATAMENTE DESPUÉS DEL ACCIDENTE:

¿Perdió Ud. Conocimiento?

- Sí
- No

Inmediatamente después del accidente, ¿se sentía Ud...?

- Mareado Débil
- Aturdido Nervioso
- Desorientado Náusias

¿Pudo Ud. Caminar sin ayuda?

- Sí
 No

¿A donde fue..?

- Manejó a la casa   Manejó al trabajo
 Lo llevaron a la casa   Lo llevaron al trabajo
 Manejó al hospital   Manejó a la escuela
 Lo llevaron al hospital   Lo llevaron a la escuela
 Al hospital por ambulancia

Molestia el día siguiente...?

- Se aumentó   se bajó   igual

¿Existían las quejas principales antes del accidente?

- Sí   No

¿En Cuales Partes Sentió Ud. Dolor INMEDIATAMENTE ?

☐ Cabeza	Hombro	☐ Izquierda	☐ Derecha	Cadera	☐ Izquierda	☐ Derecha
☐ Cuello	Brazo	☐ Izquierda	☐ Derecha	Muslo	☐ Izquierda	☐ Derecha
☐ Espalda por arriba	Codo	☐ Izquierda	☐ Derecha	Rodillo	☐ Izquierda	☐ Derecha
☐ Espalda por el medio	Muñeca	☐ Izquierda	☐ Derecha	Pantorrilla	☐ Izquierda	☐ Derecha
☐ Costillas	Mano	☐ Izquierda	☐ Derecha	Tobillo	☐ Izquierda	☐ Derecha
☐ Pecho	Dedos(mano)	☐ Izquierda	☐ Derecha	Pie	☐ Izquierda	☐ Derecha
☐ Abdomen	Nalga	☐ Izquierda	☐ Dedos(pie)		☐ Izquierda	☐ Derecha
☐ Espalda parte baja	☐ Pelvis					

¿Cuales áreas recibieron cortados en el accidente?

☐ Cabeza	Hombro	☐ Izquierda	☐ Derecha	Cadera	☐ Izquierda	☐ Derecha
☐ Cuello	Brazo	☐ Izquierda	☐ Derecha	Muslo	☐ Izquierda	☐ Derecha
☐ Espalda por arriba	Codo	☐ Izquierda	☐ Derecha	Rodillo	☐ Izquierda	☐ Derecha
☐ Espalda por el medio	Muñeca	☐ Izquierda	☐ Derecha	Pantorrilla	☐ Izquierda	☐ Derecha
☐ Costillas	Mano	☐ Izquierda	☐ Derecha	Tobillo	☐ Izquierda	☐ Derecha
☐ Pecho	Dedos(mano)	☐ Izquierda	☐ Derecha	Pie	☐ Izquierda	☐ Derecha
☐ Abdomen	Nalga	☐ Izquierda	☐ Dedos(pie)		☐ Izquierda	☐ Derecha
☐ Espalda parte baja	☐ Pelvis					

En el hospital, que áreas hicieron fotos de rayos X?

☐ Cabeza	Hombro	☐ Izquierda	☐ Derecha	Cadera	☐ Izquierda	☐ Derecha
☐ Cuello	Brazo	☐ Izquierda	☐ Derecha	Muslo	☐ Izquierda	☐ Derecha
☐ Espalda por arriba	Codo	☐ Izquierda	☐ Derecha	Rodillo	☐ Izquierda	☐ Derecha
☐ Espalda por el medio	Muñeca	☐ Izquierda	☐ Derecha	Pantorrilla	☐ Izquierda	☐ Derecha
☐ Costillas	Mano	☐ Izquierda	☐ Derecha	Tobillo	☐ Izquierda	☐ Derecha
☐ Pecho	Dedos(mano)	☐ Izquierda	☐ Derecha	Pie	☐ Izquierda	☐ Derecha
☐ Abdomen	Nalga	☐ Izquierda	☐ Dedos(pie)		☐ Izquierda	☐ Derecha
☐ Espalda parte baja	☐ Pelvis					

El día después del accidente en cuales áreas sentía dolor?

☐ Cabeza	Hombro	☐ Izquierda	☐ Derecha	Cadera	☐ Izquierda	☐ Derecha
☐ Cuello	Brazo	☐ Izquierda	☐ Derecha	Muslo	☐ Izquierda	☐ Derecha
☐ Espalda por arriba	Codo	☐ Izquierda	☐ Derecha	Rodillo	☐ Izquierda	☐ Derecha
☐ Espalda por el medio	Muñeca	☐ Izquierda	☐ Derecha	Pantorrilla	☐ Izquierda	☐ Derecha
☐ Costillas	Mano	☐ Izquierda	☐ Derecha	Tobillo	☐ Izquierda	☐ Derecha
☐ Pecho	Dedos(mano)	☐ Izquierda	☐ Derecha	Pie	☐ Izquierda	☐ Derecha
☐ Abdomen	Nalga	☐ Izquierda	☐ Dedos(pie)		☐ Izquierda	☐ Derecha
☐ Espalda parte baja	☐ Pelvis					

Firma del Paciente: _____ Fecha de Hoy: _____
Firma de Padre o Tutor: _____ Fecha de Hoy: _____