

ACCIDENTE DE AUTOMÓVIL O EN EL EMPLEO

1
who

2
desda

DATOS PERSONALES

Fecha: / / Número de Archivo: _____

Nombre: _____

2b
desb

ACCIDENTE EN EL TRABAJO

Fecha y hora del accidente: _____ a.m. p.m.

¿Fue su accidente directamente relacionado con el trabajo? Sí No

En breve, describa lo ocurrido antes y durante el accidente:

Dé la dirección donde ocurrió el accidente (si es diferente a la del lugar del trabajo): _____

¿Estuvo alguien presente cuando ocurrió el accidente? Sí No

¿Reportó el accidente a sus superiores o al jefe? Sí No

¿Qué recomendaciones le sugirieron sus superiores después del accidente? _____

¿Ha tenido usted accidentes parecidos a éste? Sí No

¿Sabe usted si esta clase de accidentes han sucedido anteriormente? Sí No
En general:

¿Físicamente, le produce su trabajo estrés? Sí No

¿Mentalmente, le produce su trabajo estrés? Sí No

¿Es ruidoso el sitio donde trabaja? Sí No

¿Ha cambiado de trabajo este último año? ... Sí No

ACCIDENTE DE AUTOMÓVIL

Fecha y hora del accidente: _____ a.m. p.m.

Era usted el: Conductor Pasajero asiento de adelante
 Pasajero asiento de atrás

Si hubo una violación de tráfico, ¿quién recibió la citación?

¿Cuántas personas iban en el vehículo accidentado? _____

¿La policía visitó el lugar del accidente? Sí No

¿Sabe si la policía llenó un reporte de lo ocurrido? Sí No

¿Hubo testigos? Sí No

¿Tenía el cinturón de seguridad abrochado? . Sí No

¿Tenía el vehículo bolsas de aire? Sí No

Si las tenía, ¿se inflaron? Sí No

En relación a la base de su cráneo, ¿donde estaba la cabecera de su asiento? Alta Baja A la base de su cráneo.

¿Contra que se accidentó? Otro vehículo Otro

Si es otro, explique: _____

¿Se golpeó alguna parte de su cuerpo con el vehículo? Sí No

En caso de golpe, por favor describa: _____

Marca y modelo del vehículo que usted ocupaba: _____

Nombre del área o calle en que usted viajaba: _____

¿En que dirección se dirigía usted? N S E O

¿Cuál era la velocidad aproximada de su vehículo? _____

¿En que lugar fue impactado su vehículo? Frente

Detrás Lado derecho Lado izquierdo Otro

Durante el impacto, usted estaba mirando a: la derecha
 izquierda hacia adelante

¿Usted se dió cuenta o fué sorprendido por el impacto?

Si hubo otro vehículo involucrado en este accidente...

Marca y modelo del otro vehículo: _____

Dirección en que ese otro vehículo se dirigía:
 Norte Sur Este Oeste

Velocidad de ese otro vehículo: _____

En sus propias palabras, por favor describa el accidente:



tres

DESPUES DE LA LESION

¿Cayó usted inconsciente? Sí No

Si respondió que sí, ¿por cuanto tiempo? _____

Por favor describa como se sintió inmediatamente después del accidente: _____

Fué usted al hospital o ha visto algún doctor después del accidente? Sí No

¿Cuándo fué? Inmediatamente Al próximo día Después de dos días
Como llegó al hospital o al doctor Ambulancia Transporte particular

Nombre del hospital y del doctor que le atendió: _____

El título del doctor es: D.C. M.D. D.O. D.D.S.

Describe los tratamientos que recibió, si alguno: _____

¿Le tomaron radiografías? Sí No

¿Le prescribieron medicamentos? Sí No

¿Ha podido trabajar después del accidente? Sí No

¿Tiene usted impedimentos en su trabajo a consecuencia de la lesión? Sí No

Indique los síntomas que han resultado de éste accidente:

- Vértigo Insomnio Problemas de la mandíbula Náuseas
 Desmemoriado Irritabilidad Dolor en brazos/hombros Dolor de espalda
 Dolor de cabeza Fatiga Dedos/Manos insensibles Dolor en la espalda baja
 Visión borrosa Tensión Dolores en el pecho Espalda rígida
 Zumbido en los oídos Dolor en el cuello Respiración corta Dolor de piernas
 Trímbr en los oídos Cuello rígido Malestar de estómago Pies/dedos insensibles
 Otros

¿Su condición ha empeorado?

Sí No Es constante Va y viene

Indique el nivel de dolor cuando hace alguna de las siguientes actividades:

	Cómodo	Incómodo <small>Aunque sea esporádico</small>	Doloroso
Acostado boca arriba	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acostado de lado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acostado boca abajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estirándose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relación Sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Caminando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Corriendo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haciendo deportes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabajando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Levantando algo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inclinándose o doblándose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arrodillándose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jalando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcanzando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Ha contratado a un abogado? No Sí

Nombre: _____

y número de teléfono: _____

cuatro

RECUPERACION

Para poder evaluar el efecto que regresar a su trabajo le causaría a su recuperación, por favor responda a estas preguntas.

¿Cuántas horas al día trabaja? _____

Por favor indique con las actividades que usted normalmente hace en su trabajo.

- Esta de pie Conduce Usa maquinaria
 Esta sentado Gira su cuerpo Trabaja con las manos elevadas
 Camina Gatea/arrastra Escribe a máquina
 Levanta Inclínarse/doblarse Agachado
 Otros _____

¿En que posiciones puede trabajar con un mínimo esfuerzo físico y por cuanto tiempo? _____ N/A

Antes de lesionarse, ¿podía usted trabajar igual que otras personas de su edad? Sí No N/A

¿Trabaja usted con personas que puedan ayudarle levantar cosas pesadas? Sí No N/A

Mientras se recupera, ¿hay algún trabajo suave que pueda usted solicitar? Sí No N/A

cinco

SEGURO ADICIONAL

Seguro secundario o seguro de Automóvil

Clase de seguro: _____

Nombre de la compañía: _____

Dirección: _____

de teléfono: _____

Nombre del asegurado(a): _____

de póliza: _____ # de este reclamo: _____

#SS del asegurado(a): _____

Fecha de nacimiento del asegurado(a): _____

Empleador del asegurado(a): _____

Nombre del agente de seguros: _____

Si alguna información médica o financiera a cambiado, por favor informe a nuestro personal.

Recuerde que usted es últimamente responsable por su cuenta.

Firma

Fecha

Solo para uso interno Solo para uso interno Solo para uso interno Solo para uso interno Solo para uso interno