

CUESTIONARIO DEL ACCIDENTE

Nombre del Paciente: _____

Fecha (hoy): _____

Fecha (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:

- Parado Moviendo Medianamente
 Estacionado Moviendo Rápidamente
 Bajando de Velocidad Moviendo a los ___ Millas a la hora
 Moviendo Lentamente

El Vehículo Estaba Parado o Despacio Por:

- Semáforo Estacionar
 Peatón Tráfico
 Señal de Alto Cruce con Mucho Tráfico

Typo 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 Exelente
 Húmedo Buena
 Mojado Más o Menos
 Cubierto de Nieve Mala
 Cubierto de Hielo
 Ambos Nieve/Hielo

Visibilidad:

- Mucha Luz
 Buena
 Más o Menos
 Mala

Visibilidad Impedida Por:

- Oscuro
 Lluvia
 Nieve
 Niebla
 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 Despuesto 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 apoyacabezas?

- Alta
 Media
 Baja

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

¿Se echó la cabeza para...?

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

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

Posición del cuerpo en el momento del impacto

¿Se echó el cuerpo...?

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

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

Daño al vehículo en que Estaba USTED:

Citaciones:

- Poco
- Mediano
- Mucho
- Y Quedó destrozado
- No sabido

- Ningunas
- A Ud.
- Al Conductor del vehículo de que Ud. fue pasajero
- Al Conductor del otro vehículo
- No está seguro

RESULTANDO 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 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

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

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 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

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
- Aturdido
- Desorientado
- Débil
- Nervioso
- Náusias

¿Pudo Ud. Caminar sin ayuda?

- Sí
- No

¿A donde fue..?

- Manejó a la casa
- Lo llevaron a la casa
- Manejó al trabajo
- 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 ?

<input type="checkbox"/> Cabeza	Hombro	<input type="checkbox"/> Izq	<input type="checkbox"/> Der	Cadera	<input type="checkbox"/> Izq	<input type="checkbox"/> Der
<input type="checkbox"/> Cuello	Brazo	<input type="checkbox"/> Izq	<input type="checkbox"/> Der	Muslo	<input type="checkbox"/> Izq	<input type="checkbox"/> Der
<input type="checkbox"/> Espalda por arriba	Codo	<input type="checkbox"/> Izq	<input type="checkbox"/> Der	Rodillo	<input type="checkbox"/> Izq	<input type="checkbox"/> Der
<input type="checkbox"/> Espalda por el medio	Muñeca	<input type="checkbox"/> Izq	<input type="checkbox"/> Der	Pantorrilla	<input type="checkbox"/> Izq	<input type="checkbox"/> Der
<input type="checkbox"/> Costillas	Mano	<input type="checkbox"/> Izq	<input type="checkbox"/> Der	Tobillo	<input type="checkbox"/> Izq	<input type="checkbox"/> Der
<input type="checkbox"/> Pecho	Dedos(de mano)	<input type="checkbox"/> Izq	<input type="checkbox"/> Der	Pie	<input type="checkbox"/> Izq	<input type="checkbox"/> Der
<input type="checkbox"/> Abdomen	Nalga	<input type="checkbox"/> Izq	<input type="checkbox"/> Der	Dedos(pie)	<input type="checkbox"/> Izq	<input type="checkbox"/> Der
<input type="checkbox"/> Espalda por abajo	<input type="checkbox"/> Pelvis					

¿Cuales áreas recibieron cortados en el accidente?

<input type="checkbox"/> Cabeza	Hombro	<input type="checkbox"/> Izq	<input type="checkbox"/> Der	Cadera	<input type="checkbox"/> Izq	<input type="checkbox"/> Der
<input type="checkbox"/> Cuello	Brazo	<input type="checkbox"/> Izq	<input type="checkbox"/> Der	Muslo	<input type="checkbox"/> Izq	<input type="checkbox"/> Der
<input type="checkbox"/> Espalda por arriba	Codo	<input type="checkbox"/> Izq	<input type="checkbox"/> Der	Rodillo	<input type="checkbox"/> Izq	<input type="checkbox"/> Der
<input type="checkbox"/> Espalda por el medio	Muñeca	<input type="checkbox"/> Izq	<input type="checkbox"/> Der	Pantorrilla	<input type="checkbox"/> Izq	<input type="checkbox"/> Der
<input type="checkbox"/> Costillas	Mano	<input type="checkbox"/> Izq	<input type="checkbox"/> Der	Tobillo	<input type="checkbox"/> Izq	<input type="checkbox"/> Der
<input type="checkbox"/> Pecho	Dedos(de mano)	<input type="checkbox"/> Izq	<input type="checkbox"/> Der	Pie	<input type="checkbox"/> Izq	<input type="checkbox"/> Der
<input type="checkbox"/> Abdomen	Nalga	<input type="checkbox"/> Izq	<input type="checkbox"/> Der	Dedos(pie)	<input type="checkbox"/> Izq	<input type="checkbox"/> Der
<input type="checkbox"/> Espalda por abajo	<input type="checkbox"/> Pelvis					

En el hospital, ¿de cuales áreas hicieron photos de rayos X?

<input type="checkbox"/> Cabeza	Hombro	<input type="checkbox"/> Izq	<input type="checkbox"/> Der	Cadera	<input type="checkbox"/> Izq	<input type="checkbox"/> Der
<input type="checkbox"/> Cuello	Brazo	<input type="checkbox"/> Izq	<input type="checkbox"/> Der	Muslo	<input type="checkbox"/> Izq	<input type="checkbox"/> Der
<input type="checkbox"/> Espalda por arriba	Codo	<input type="checkbox"/> Izq	<input type="checkbox"/> Der	Rodillo	<input type="checkbox"/> Izq	<input type="checkbox"/> Der
<input type="checkbox"/> Espalda por el medio	Muñeca	<input type="checkbox"/> Izq	<input type="checkbox"/> Der	Pantorrilla	<input type="checkbox"/> Izq	<input type="checkbox"/> Der
<input type="checkbox"/> Costillas	Mano	<input type="checkbox"/> Izq	<input type="checkbox"/> Der	Tobillo	<input type="checkbox"/> Izq	<input type="checkbox"/> Der
<input type="checkbox"/> Pecho	Dedos(de mano)	<input type="checkbox"/> Izq	<input type="checkbox"/> Der	Pie	<input type="checkbox"/> Izq	<input type="checkbox"/> Der
<input type="checkbox"/> Abdomen	Nalga	<input type="checkbox"/> Izq	<input type="checkbox"/> Der	Dedos(pie)	<input type="checkbox"/> Izq	<input type="checkbox"/> Der
<input type="checkbox"/> Espalda por abajo	<input type="checkbox"/> Pelvis					

El día después del accidente ¿en cuales áreas sentía dolor?

<input type="checkbox"/> Cabeza	Hombro	<input type="checkbox"/> Izq	<input type="checkbox"/> Der	Cadera	<input type="checkbox"/> Izq	<input type="checkbox"/> Der
<input type="checkbox"/> Cuello	Brazo	<input type="checkbox"/> Izq	<input type="checkbox"/> Der	Muslo	<input type="checkbox"/> Izq	<input type="checkbox"/> Der
<input type="checkbox"/> Espalda por arriba	Codo	<input type="checkbox"/> Izq	<input type="checkbox"/> Der	Rodillo	<input type="checkbox"/> Izq	<input type="checkbox"/> Der
<input type="checkbox"/> Espalda por el medio	Muñeca	<input type="checkbox"/> Izq	<input type="checkbox"/> Der	Pantorrilla	<input type="checkbox"/> Izq	<input type="checkbox"/> Der
<input type="checkbox"/> Costillas	Mano	<input type="checkbox"/> Izq	<input type="checkbox"/> Der	Tobillo	<input type="checkbox"/> Izq	<input type="checkbox"/> Der
<input type="checkbox"/> Pecho	Dedos(de mano)	<input type="checkbox"/> Izq	<input type="checkbox"/> Der	Pie	<input type="checkbox"/> Izq	<input type="checkbox"/> Der
<input type="checkbox"/> Abdomen	Nalga	<input type="checkbox"/> Izq	<input type="checkbox"/> Der	Dedos(pie)	<input type="checkbox"/> Izq	<input type="checkbox"/> Der
<input type="checkbox"/> Espalda por abajo	<input type="checkbox"/> Pelvis					