

# 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:

### El Vehículo Estaba Parado o

#### Despacio Por:

- Parado       Moviendo Medianamente       Semáforo    Estacionar  
 Estacionado       Moviendo Rapidamente       Peatón       Tráfico  
 Bajando de Velocidad    Moviendo a los \_\_\_ Millas a la hora    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  
 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? \_\_\_\_\_ ¿En que posición estaba SU apoyacabezas?

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

**En que posición estaba SU Cabeza en el momento del impacto?      ¿Se echó la cabeza para...?**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Por delante           | <input type="checkbox"/> Atrás, luego adelante  |
| <input type="checkbox"/> Inclínada por delante | <input type="checkbox"/> Adelante, luego atrás  |
| <input type="checkbox"/> Hacia la izquierda    | <input type="checkbox"/> La izquierda <input type="checkbox"/> Izquierda, luego derecha |
| <input type="checkbox"/> Hacia la derecha      | <input type="checkbox"/> La derecha <input type="checkbox"/> Derecha, luego izquierda   |

**Posición del cuerpo en el momento del impacto      ¿Se echó el cuerpo...?**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Recto              | <input type="checkbox"/> Atrás, luego adelante  |
| <input type="checkbox"/> Inclínado adelante | <input type="checkbox"/> Adelante, luego atrás  |
| <input type="checkbox"/> Hacia la izquierda | <input type="checkbox"/> La izquierda <input type="checkbox"/> Izquierda, luego derecha |
| <input type="checkbox"/> Hacia la derecha   | <input type="checkbox"/> La derecha <input type="checkbox"/> Derecha, luego izquierda   |
|   | <input type="checkbox"/> Por el otro lado del vehículo                                  |
|   | <input type="checkbox"/> Por afuera del vehículo  |
|   | <input type="checkbox"/> Por abajo del vehículo   |

**Daño al vehículo en que Estaba USTED:      Citaciones:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Poco               | <input type="checkbox"/> Ningunas  |
| <input type="checkbox"/> Mediano            | <input type="checkbox"/> A Ud.   |
| <input type="checkbox"/> Mucho              | <input type="checkbox"/> Al Conductor del vehículo de que Ud. fue pasajero |
| <input type="checkbox"/> Y Quedó destrozado | <input type="checkbox"/> Al Conductor del otro vehículo                    |
| <input type="checkbox"/> No sabido          | <input type="checkbox"/> No está seguro                                    |

**RESULTANDO DE LA FUERZA DEL CHOQUE ¿CUALES OBJETOS GOLPEÓ EL CUERPO?**

**Cabeza**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Volante           | <input type="checkbox"/> Puerta derecha    |
| <input type="checkbox"/> Tablero de mandos | <input type="checkbox"/> Ventana izquierda |
| <input type="checkbox"/> Parabrisas        | <input type="checkbox"/> Ventana derecha   |
| <input type="checkbox"/> Apoyabrazos       | <input type="checkbox"/> Consola           |
| <input type="checkbox"/> Apoyacabezas      | <input type="checkbox"/> Palanca de cambio |
| <input type="checkbox"/> Espejo delantero  | <input type="checkbox"/> Sillón delantero  |
| <input type="checkbox"/> Puerta izquierda  | <input type="checkbox"/> Sillón trasero    |

**Brazo Izquierdo**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Volante           | <input type="checkbox"/> Puerta derecha    |
| <input type="checkbox"/> Tablero de mandos | <input type="checkbox"/> Ventana izquierda |
| <input type="checkbox"/> Parabrisas        | <input type="checkbox"/> Ventana derecha   |
| <input type="checkbox"/> Apoyabrazos       | <input type="checkbox"/> Consola           |
| <input type="checkbox"/> Apoyacabezas      | <input type="checkbox"/> Palanca de cambio |
| <input type="checkbox"/> Espejo delantero  | <input type="checkbox"/> Sillón delantero  |
| <input type="checkbox"/> Puerta izquierda  | <input type="checkbox"/> Sillón trasero    |

**Brazo Derecho**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Volante           | <input type="checkbox"/> Puerta derecha    |
| <input type="checkbox"/> Tablero de mandos | <input type="checkbox"/> Ventana izquierda |
| <input type="checkbox"/> Parabrisas        | <input type="checkbox"/> Ventana derecha   |
| <input type="checkbox"/> Apoyabrazos       | <input type="checkbox"/> Consola           |
| <input type="checkbox"/> Apoyacabezas      | <input type="checkbox"/> Palanca de cambio |
| <input type="checkbox"/> Espejo delantero  | <input type="checkbox"/> Sillón delantero  |
| <input type="checkbox"/> Puerta izquierda  | <input type="checkbox"/> Sillón trasero    |

**Torso**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Volante           | <input type="checkbox"/> Puerta derecha    |
| <input type="checkbox"/> Tablero de mandos | <input type="checkbox"/> Ventana izquierda |
| <input type="checkbox"/> Parabrisas        | <input type="checkbox"/> Ventana derecha   |
| <input type="checkbox"/> Apoyabrazos       | <input type="checkbox"/> Consola           |
| <input type="checkbox"/> Apoyacabezas      | <input type="checkbox"/> Palanca de cambio |
| <input type="checkbox"/> Espejo delantero  | <input type="checkbox"/> Sillón delantero  |
| <input type="checkbox"/> Puerta izquierda  | <input type="checkbox"/> Sillón trasero    |

**Pierna Izquierda**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Volante           | <input type="checkbox"/> Puerta derecha    |
| <input type="checkbox"/> Tablero de mandos | <input type="checkbox"/> Ventana izquierda |
| <input type="checkbox"/> Parabrisas        | <input type="checkbox"/> Ventana derecha   |
| <input type="checkbox"/> Apoyabrazos       | <input type="checkbox"/> Consola           |
| <input type="checkbox"/> Apoyacabezas      | <input type="checkbox"/> Palanca de cambio |
| <input type="checkbox"/> Espejo delantero  | <input type="checkbox"/> Sillón delantero  |
| <input type="checkbox"/> Puerta izquierda  | <input type="checkbox"/> Sillón trasero    |

**Pierna Derecha**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Volante           | <input type="checkbox"/> Puerta derecha    |
| <input type="checkbox"/> Tablero de mandos | <input type="checkbox"/> Ventana izquierda |
| <input type="checkbox"/> Parabrisas        | <input type="checkbox"/> Ventana derecha   |
| <input type="checkbox"/> Apoyabrazos       | <input type="checkbox"/> Consola           |
| <input type="checkbox"/> Apoyacabezas      | <input type="checkbox"/> Palanca de cambio |
| <input type="checkbox"/> Espejo delantero  | <input type="checkbox"/> Sillón delantero  |
| <input type="checkbox"/> Puerta izquierda  | <input type="checkbox"/> 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...?**

- |                                       |                                   |
|---------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mareado      | <input type="checkbox"/> Débil    |
| <input type="checkbox"/> Aturdido     | <input type="checkbox"/> Nervioso |
| <input type="checkbox"/> Desorientado | <input type="checkbox"/> Náusias  |

**¿Pudo Ud. Caminar sin ayuda?**

- Sí
- No

**¿A donde fue..?**

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

**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 |
| 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 hizieron 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 despúes 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               |                |                              |                              |             |                              |                              |