

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
 Van
 Station Wagon
 Otro _____
- Trocka
 Trocka de Carga
 Camión

Tamaño de Vehículo:

- Subcompacto
 Compacto
 Mediano
 Pesado
- Grande
 Mini
 No Pesado
 Otro _____

Su posición en el vehículo:

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

Velocidad de su Vehículo:

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

El Vehículo Estaba Parado o

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
 Van
 Station Wagon
 Otro _____
- Trocka
 Trocka de Carga
 Camión

Tamaño de Vehículo:

- Subcompacto
 Compacto
 Mediano
 Pesado
- Grande
 Mini
 No 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 | | | | | | |