

Lesion de Auto

Nombre_____

Fecha de el accidente_____Ubicacion_____

Reporto el accidente a las autoridades? A la polica?_____Empleador_____

Como ocurrio el accidente? Eras el chofer?_____Pasajero_____Otro_____

Al vehiculo le pegaron Por en frente_____Atras_____Lado izquierdo_____Lado derecho_____

Tu vehiculo le pego a otro_____O otro auto te pego a ti?_____

Tenias puesto tu cinturon de seguridad?_____Cintura_____Hombros_____

El auto tiene respaldo(cabezera)?___Arriba___Abajo___Hacia que lado jiro tu cabeza?_____

Porfavor describe con detalle que le paso a todo tu cuerpo en el momento del accidente._____

Tu cuerpo pego contra algo dentro del auto?_____

Tu mandibula le pego al volante o a algo?_____Te truena desde entonces?_____

Te mareaste?_____O perdiste el conocimiento?_____

Te fuiste al hospital de emergencia?___Si, si a donde_____Fecha_____

Que se te fue hecho en el cuarto de emergencia?_____

Como te sentiste despues del accidente?_____Y al siguiente dia?_____

Que NO puedes hacer ahora, que podias hacer antes?_____

Puedes hacer tus quiazeres?_____Haz perdido dias del trabajo?_____Y al dia siguiente?_____

Que tipo de demandas fisicas require tu trabajo?_____

Haz tenido algun otro accidente o caidas?_____
