

# ACCIDENTES / GOLPES CUESTIONARIO

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## ACCIDENTE DE AUTOMOVIL- INFORMACION ADICIONAL

- Habia alguien mas en el vehiculo con usted?  Si  No - (Numero de personas) \_\_\_\_\_
- Donde estabas? En Frente – Conductor/ Pasajero Atras– Detras de conductor/ Medio/ Deatras de Pasajeros / 2<sup>nd</sup> Fila / 3<sup>rd</sup> Fila
- Nombre del Conductor (si no es Uds) \_\_\_\_\_ Nombre del conductor de otro vehiculo: \_\_\_\_\_
- Salio los Bolsas de Aire?  No  Si Llego la Policia?  No  Si Tenia el Cinturon puesto?  Yes
- Golpe parabrisas o otros objetos en el coche?  No  Si - (Describe) \_\_\_\_\_
- Estabas in consciente  No  Si (Cuanto Tiempo?) \_\_\_\_\_
- Donde fue golpeado su vehiculo? Lado frontal/ Atras/ Lado del pasajero/ Conductor/ Otro: \_\_\_\_\_
- Donde fue golpeado en oe otro cehiculo? Lado frontal/ Atras/ Lado del pasajero/ Conductor/ Otro: \_\_\_\_\_
- Su Seguro: \_\_\_\_\_ Poliza #: \_\_\_\_\_ Reclamacion #: \_\_\_\_\_ Telefono #: \_\_\_\_\_
  - o Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_Codigo: \_\_\_\_\_
- Otros Seguros: \_\_\_\_\_ Poliza #: \_\_\_\_\_ Reclamacion #: \_\_\_\_\_ Telefono #: \_\_\_\_\_
  - o Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_Codigo: \_\_\_\_\_

## COMPENSACION DE GOLPES DEL TRABAJOR

Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupacion: \_\_\_\_\_ #de Reclamacin \_\_\_\_\_  
Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Esado: \_\_\_\_\_Codigo: \_\_\_\_\_  
Persona de Contacto: \_\_\_\_\_ # de Telefono: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

## INFORMACION GENERAL DE ACCIDENTE

Fecha del Accidente: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_:\_\_\_ PM/AM

Porfavor describa el accidente con el mayor detalle posible? \_\_\_\_\_

### Antes del accidente:

- Ha tenido algun dolor en la zona a factadas antes?  No  Si
  - o si? – Estaban presents en el momento del accidente?  No  Si
    - si? – Resumir estas quehjas previas al accidente: \_\_\_\_\_
- Fue capaz de realizar todas sus actividades de trabajo sin restricciones?  No  Si

### En el momento del accidente/ Golpe

- Se sintio dolor inmaediatemente despues del accidente?  No  Si  Mas tarde ese dia  Dia Siguiente  Cuando? \_\_\_\_\_
- Alguen lo lleve algun lugar despues del accidente?  No  Si  Mas tarde ese dia  Dia Siguiente  Cuando? \_\_\_\_\_
  - o Si?, Como? \_\_\_\_\_ Donde? \_\_\_\_\_
  - o Si?, Recibio tratamiento?  No  Si - (Describe) \_\_\_\_\_

### Desde el accidente / Golpe

- Son sus suntuomas:  Mejorando?  Empeorando?  El mismo?
- Son sus actividades de trabajo restringidos como resultado de este accidente/ golpe?  No  Si - (Como?) \_\_\_\_\_
- Has perdido trabao per este accidente?  No  Si- (Fechas?) \_\_\_\_\_
- Ha contratado un abogado?  No  Si -Nombre: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_
  - o Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_Codigo: \_\_\_\_\_