

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 / 2nd Fila / 3rd 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 vehiculo? 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: _____