

INFORMACION DE HERIDAS PERSONALES



Síntomas Actuales / Areas de Queja

Nombre: _____ Fecha en que comenzaron los síntomas: _____

¿Qué síntomas ha experimentado desde del incidentes?

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dolor de cuello | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> Pérdida del Conocimiento |
| <input type="checkbox"/> Restricción de cuello | <input type="checkbox"/> Aturdido o Confuso | <input type="checkbox"/> Dolor de pecho |
| <input type="checkbox"/> Dolor en los Brazos <input type="checkbox"/> Izquierdo <input type="checkbox"/> Derecho | <input type="checkbox"/> Mareo | <input type="checkbox"/> Falta de aire |
| <input type="checkbox"/> Dolor de espalda alta | <input type="checkbox"/> Náusea o Vomito | <input type="checkbox"/> Fatiga |
| <input type="checkbox"/> Dolor de espalda baja | <input type="checkbox"/> Disturbios visuales | <input type="checkbox"/> Ansiedad |
| <input type="checkbox"/> Restricción de Parte inferior de la espalda | <input type="checkbox"/> Zumbido en oídos | <input type="checkbox"/> Depresión |
| <input type="checkbox"/> Dolor de piernas <input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/> Derecha | <input type="checkbox"/> Actividades del día que aumentan el dolor – describa: _____ | |

Moretones (dónde) _____

Sangrado o Cortaduras (dónde) _____ Otros: _____

- Valore su dolor en una escala de 1-10 (1= Templado, 10= Severe) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 ¿Desde que tuve herida, el dolor es? Mejor Igual Peor

Atención de Emergencia / Tratamiento Previo

- ¿Buscó atención médica inmediatamente? Si No Hospital Doctor de cavecera
- ¿ Si usted contestó sí, dónde buscó usted la atención médica? _____
- ¿Cómo llegó? Ambulancia Manejó Otra persona manejó Otros: _____
- ¿Fue examinado? Si No Doctor y # telefónico: _____
- ¿Recibió alguno de los siguientes? Medicamentos Collarin cervical Rayos-X: _____
- Hospitalización Suturas Cirugía MRI o CT (areas) _____

Informacion del Incidente

Fecha del incidente: _____ Marca / Modelo / Año de su vehículo: _____

Daño estimado de su vehículo \$ _____ ¿La grúa removió su vehículo? Si No Reporte de Policia Si No

- Usted era el: Conductor Pasajero anterior Pasajero trasero
- ¿Qué tipo de incidente? Frente con frente Impacto anterior Impacto trasero Impacto de lado (conductor / pasajero)
- Impacto múltiple - Describa: _____

- En el impacto, cual fue la velocidad de SU vehículo: _____ mph OTRO vehículo: _____ mph
- El tipo de restricción Correa de cintura y hombro Solo Correa de cintura Ninguna
- ¿Tiene bolsas de aire su vehículo? Si No
 ¿Explotaron las bolsas de aire? Si No
- ¿Se dio cuenta usted que iba a chocar? Si No
- ¿Reforzó usted su cuerpo para el impacto? Si No
 ¿Con qué parte del cuerpo se reforzó? Brazos Pies
- ¿Cuál fue la posición de su cabeza y el cuerpo en el momento del impacto? Cabeza derecha Cuerpo derecho
 Cabeza volteada a la izquierda Cabeza volteada a la derecha Cuerpo voltado a la izquierda Cuerpo voltado a la derecha
- ¿Alguna parte de su cuerpo hizo contacto con algo dentro del vehículo en el impacto? SI No
 ¿Contra qué golpeó con su cuerpo? Parabrisas Cabezal Ventana
 Volante Tablero de mando Otro: _____
- ¿Como se movió el cuello y/o el cuerpo? Adelante y atrás Lado a lado

Nombre de otros pasajeros con usted: _____

EL QUE FIRMA RECONOCE QUE LA INFORMACION AQUÍ PROPORCIONADA ES EXACTA Y COMPLETA

 Firma del Paciente o Guardián legal del Paciente

 Fecha

 Nombre en letra de molde del Paciente o Guardián legal del Paciente