

CUESTIONARIO SOBRE EL ACCIDENTE



Liringis Chiropractic ACCIDENT & INJURY CENTER

Winston-Salem (336) 768-1004 • Fax (336) 659-1373
3570 Vest Mill Road, #B • Winston-Salem, NC 27103

Steve Liringis, DC
John Robinson, DC

Nombre del Paciente _____ Fecha de la Lesión _____ Fecha de Hoy _____

DESCRIBA SU VEHÍCULO

1. Tipo de Vehículo:

- a. Auto Deportivo
- b. Coupé/Dos Puertas
- c. Sedán cuatro puertas
- d. Camioneta (SUV)
- e. modelo Station Wagon
- f. Troca (Pick-up Truck)
- g. Autobús
- h. Otro: _____

Marca : _____ Año: _____

Modelo: _____ Velocidad Estimada: _____

2. Tamaño del Vehículo:

- a. Compacto
- b. Mediano
- c. Grande/Full-size

DESCRIBA EL ACCIDENTE

3. Fecha del Accidente: _____

4. Circunstancia del vehículo del paciente:

- a. cruzaba una intersección
- b. parado en una intersección
- c. parado para dejar pasar un peatón
- d. parado por congestión de tránsito
- e. avanzando a la velocidad máxima indicada
- f. avanzando más rápido que la velocidad máxima indicada
- g. doblaba

5. ¿Cómo recibió el impacto el auto del paciente?

- a. de frente
- b. en la parte delantera izquierda
- c. en la parte delantera derecha
- d. en la parte trasera izquierda
- e. en la parte trasera derecha
- f. por atrás
- g. Otro: _____

6. Daños al vehículo del paciente:

- a. daños totales
- b. muy dañado/golpeado
- c. mínimo
- d. moderado

7. Describa al otro/segundo vehículo:

- a. Compacto
- b. Mediano
- c. Grande/Full-size
- d. semi-trailer
- e. Troca (Pick-up Truck)

Marca : _____ Año: _____

Modelo: _____ Velocidad Estimada: _____

8. Daños al otro vehículo

- a. daños totales
- b. muy dañado/golpeado
- c. mínimo
- d. moderado

9. Condiciones Climáticas

- a. Despejado
- b. Nublado
- c. Llovizna fina
- d. Bruma/Niebla
- e. Lloviendo
- f. Nevando
- g. Tormentoso
- h. Soleado

10. Condiciones de la calle/ruta

- a. Húmeda
- b. Seca
- c. Seca pero parches/manchas de hielo
- d. Con hielo
- e. Con nieve
- f. Mojada

DESCRIBA EL MOMENTO DEL IMPACTO

11. Posición de su cuerpo al momento del impacto/choque:

- a. cuerpo tirado hacia adelante
- b. sentado en posición un poco recostada
- c. derecho
- d. girado hacia la izquierda
- e. girado hacia la derecha

12. Dirección en la que se movió/sacudió su cuerpo con el impacto:

- a. hacia atrás y luego hacia adelante
- b. hacia adelante y luego hacia atrás
- c. hacia la izquierda
- d. hacia la derecha
- e. hacia varias direcciones dentro del vehículo
- f. hacia afuera del vehículo
- g. hacia abajo del vehículo

13. Posición de su cabeza al momento del impacto:

- a. derecha/erguida
- b. un poco hacia adelante
- c. girada/volteada hacia la izquierda
- d. girada/volteada hacia la derecha

14. Dirección en la que se movió/sacudió su cabeza con el impacto:

- a. hacia atrás y luego hacia adelante
- b. hacia adelante y luego hacia atrás
- c. de un lado al otro

15. Tipo de cinturón de seguridad:

- a. cinturón en la cadera
- b. cinturón cruzado de hombro
- c. cinturón doble (cadera y cruzado de hombro)

16. Lugar dónde se ubicaba sentado(a) el paciente:

- a. Manejando/Conduciendo
- b. pasajero en asiento adelante
- c. pasajero en asiento atrás del conductor
- d. pasajero trasero a la derecha
- e. pasajero trasero en el medio
- f. otro _____

17. ¿Se activaron las Airbags (bolsas de aire)?:

- a. Sí
- b. No

18. ¿Le atendieron en algún hospital o consultorio de atención médica después del accidente?:

- a. Sí
- b. No

Si respondió 'Sí', por favor indique el nombre y dirección dónde recibió atención médica:

Firma del Paciente _____