

MEDINA CHIROPRACTIC SPORTS & SPINE CUESTIONARIO DEL ACCIDENTE

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Hoy: _____

Día del Accidente: _____

LAS PREGUNTAS SIGUIENTES TIENEN QUE VER CON USTED Y EL VEHICULO EN QUE ESTABA USTED:

Tipo de Vehículo:

- Carro Trocka
Van Trocka de Carga
Station Wagon Camión
Otro _____

Tamaño de Vehículo:

- Subcompacto Grande
Compacto Mini
Mediano No Pesado
Pesado Otro _____

Su posición en el vehículo:

- Conductor
Pasajero ----- Posición----- Izquierda Medio Derecha
Otro _____ Frente Atrás Tercer Sillón (atrás)

Velocidad de su vehículo:

Porque el vehículo estaba parado o despacio por:

- Parado Moviendo Medianamente Semáforo Estacionar
Estacionado Moviendo Rapidamente Peatón Tráfico
Bajando de Velocidad Moviendo aprox __mph Señal de Alto Cruce con Mucho Tráfico
Moviendo Lentamente

Tipo de Colisión:

- Impacto de la Izquierda Colisión de Dos carros frente a frente
Impacto de la derecha Impacto de Atrás
Impacto de frente Incidente con Peatón

LAS PREGUNTAS SIGUIENTES TIENEN QUE VER CON EL OTRO VEHICULO ENREVESADO EN EL ACCIDENTE:

Tipo de Vehículo:

- Carro Trocka
Van Trocka de Carga
Station Wagon Camión
Otro _____

Tamaño de Vehículo:

- Subcompacto Grande
Compacto Mini
Mediano No Pesado
Pesado Otro _____

CONDICIONES EN LA HORA DEL ACCIDENTE:

Parte del Día:

- Luz de Día
Madrugada
Anochecer
Noche

El Camino:

- Seco
Húmedo
Mojado
Cubierto de Nieve
Cubierto de Hielo
Ambos Nieve/Hielo

Visibilidad:

- Excelente
Buena
Más o Menos
Mala

Visibilidad Impedida Por:

- Mucha Luz
Oscuro
Lluvia
Nieve
Nublado
Tráfico

LAS PREGUNTAS SIGUIENTES TIENEN QUE VER CON EL MOMENTO DEL IMPACTO:

¿Estaba Usted...

- Completamente no consciente que iba a chocar?
Consciente que iba a chocar?
Consciente que iba a chocar y preparado?

Cinturones: (indique todos posibles)

- Cinturón (de abajo)
Cinturón (del hombro)
Ningún Cinturón

Si manejaba Ud., ¿ estaba el pie puesto en el pedal del freno? Sí No inconsciente por el impacto

¿Fue utilizada la bolsa de aire?

- El Carro no trae bolsa de aire
Sí fue utilizada la bolsa de aire
No se utilizó la bolsa de aire

¿En que posición estaba Su reposa-cabezas?

- Alta
Media
Baja

En que posición estaba Su Cabeza en el momento del impacto?

- Por delante
- Inclineda por delante
- Hacia la izquierda
- Hacia la derecha

Posición del cuerpo en el momento del impacto

- Recto
- Inclinado adelante
- Hacia la izquierda
- Hacia la derecha

Daño al vehículo en que Estaba USTED:

- incurrio daños minimos
- incurrio daños moderados
- incurrio daños severos
- Quedó destrozado
- No conocidos

COMO RESULTADO DE LA FUERZA DEL CHOQUE ¿CUALES OBJETOS GOLPEÓ EL CUERPO?

Cabeza

- Volante
- Tablero de mandos
- Parabrisas
- Apoyabrazos
- Apoyacabezas
- Espejo delantero
- Puerta izquierda
- Puerta derecha
- Ventana izquierda
- Ventana derecha
- Consola
- Palanca de cambio
- Sillón delantero
- Sillón trasero

Brazo Derecho

- Volante
- Tablero de mandos
- Parabrisas
- Apoyabrazos
- Apoyacabezas
- Espejo delantero
- Puerta izquierda
- Puerta derecha
- Ventana izquierda
- Ventana derecha
- Consola
- Palanca de cambio
- Sillón delantero
- Sillón trasero

Pierna Izquierda

- Volante
- Tablero de mandos
- Parabrisas
- Apoyabrazos
- Apoyacabezas
- Espejo delantero
- Puerta izquierda
- Puerta derecha
- Ventana izquierda
- Ventana derecha
- Consola
- Palanca de cambio
- Sillón delantero
- Sillón trasero

¿Se echó la cabeza para...?

- Atrás, luego Adelante
- Adelante, luego atrás
- La izquierda Izquierda, luego derecha
- La derecha Derecha, luego izquierda

¿Se echó el cuerpo...?

- Atrás, luego adelante
- Adelante, luego atrás
- La izquierda Izquierda, luego derecho
- La derecha Derecha, luego izquierda
- Por el otro lado del vehículo
- Por afuera del vehículo
- Por abajo del vehículo

Citacionés:

- Ninguno emitido
- A Usted mismo
- Conductor del vehículo paciente era un pasajero de
- Al Conductor del otro vehículo
- No estoy seguro

Brazo Izquierdo

- Volante
- Tablero de mandos
- Parabrisas
- Apoyabrazos
- Apoyacabezas
- Espejo delantero
- Puerta izquierda
- Puerta derecha
- Ventana izquierda
- Ventana derecha
- Consola
- Palanca de cambio
- Sillón delantero
- Sillón trasero

Torso

- Volante
- Tablero de mandos
- Parabrisas
- Apoyabrazos
- Apoyacabezas
- Espejo delantero
- Puerta izquierda
- Puerta derecha
- Ventana izquierda
- Ventana derecha
- Consola
- Palanca de cambio
- Sillón delantero
- Sillón trasero

Pierna Derecha

- Volante
- Tablero de mandos
- Parabrisas
- Apoyabrazos
- Apoyacabezas
- Espejo delantero
- Puerta izquierda
- Puerta derecha
- Ventana izquierda
- Ventana derecha
- Consola
- Palanca de cambio
- Sillón delantero
- Sillón trasero

LAS PREGUNTAS SIGUIENTES TIENEN QUE VER CON EL PERIODO INMEDIATAMENTE DESPUÉS DEL ACCIDENTE:

¿Perdió Ud. Conocimiento?

- Sí
- No

Inmediatamente después del accidente,¿se sentía Ud...?

- Mareado
- Aturdido
- Desorientado
- Débil
- Nervioso
- Náusias

¿Pudo Ud. Caminar sin ayuda?

- Sí
- No

¿A donde fue..?

- Manejó a la casa Manejó al trabajo
- Lo llevaron a la casa Lo llevaron al trabajo
- Manejó al hospital Manejó a la escuela
- Lo llevaron al hospital Lo llevaron a la escuela
- Al hospital por ambulancia

Molestia el día siguiente...?

- Se aumentó se bajó igual

¿Existían las quejas principales antes del accidente?

- Sí No

¿En Cuales Partes Sentió Ud. Dolor INMEDIATAMENTE ?

- | | | | | | | |
|---|---------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|-------------|------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cabeza | Hombro | <input type="checkbox"/> Izquierda | <input type="checkbox"/> Derecha | Cadera | <input type="checkbox"/> Izquierda | <input type="checkbox"/> Derecha |
| <input type="checkbox"/> Cuello | Brazo | <input type="checkbox"/> Izquierda | <input type="checkbox"/> Derecha | Muslo | <input type="checkbox"/> Izquierda | <input type="checkbox"/> Derecha |
| <input type="checkbox"/> Espalda por arriba | Codo | <input type="checkbox"/> Izquierda | <input type="checkbox"/> Derecha | Rodillo | <input type="checkbox"/> Izquierda | <input type="checkbox"/> Derecha |
| <input type="checkbox"/> Espalda por el medio | Muñeca | <input type="checkbox"/> Izquierda | <input type="checkbox"/> Derecha | Pantorrilla | <input type="checkbox"/> Izquierda | <input type="checkbox"/> Derecha |
| <input type="checkbox"/> Costillas | Mano | <input type="checkbox"/> Izquierda | <input type="checkbox"/> Derecha | Tobillo | <input type="checkbox"/> Izquierda | <input type="checkbox"/> Derecha |
| <input type="checkbox"/> Pecho | Dedos(mano) | <input type="checkbox"/> Izquierda | <input type="checkbox"/> Derecha | Pie | <input type="checkbox"/> Izquierda | <input type="checkbox"/> Derecha |
| <input type="checkbox"/> Abdomen | Nalga | <input type="checkbox"/> Izquierda | <input type="checkbox"/> Dedos(pie) | | <input type="checkbox"/> Izquierda | <input type="checkbox"/> Derecha |
| <input type="checkbox"/> Espalda parte baja | <input type="checkbox"/> Pelvis | | | | | |

¿Cuales áreas recibieron cortados en el accidente?

- | | | | | | | |
|---|---------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|-------------|------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cabeza | Hombro | <input type="checkbox"/> Izquierda | <input type="checkbox"/> Derecha | Cadera | <input type="checkbox"/> Izquierda | <input type="checkbox"/> Derecha |
| <input type="checkbox"/> Cuello | Brazo | <input type="checkbox"/> Izquierda | <input type="checkbox"/> Derecha | Muslo | <input type="checkbox"/> Izquierda | <input type="checkbox"/> Derecha |
| <input type="checkbox"/> Espalda por arriba | Codo | <input type="checkbox"/> Izquierda | <input type="checkbox"/> Derecha | Rodillo | <input type="checkbox"/> Izquierda | <input type="checkbox"/> Derecha |
| <input type="checkbox"/> Espalda por el medio | Muñeca | <input type="checkbox"/> Izquierda | <input type="checkbox"/> Derecha | Pantorrilla | <input type="checkbox"/> Izquierda | <input type="checkbox"/> Derecha |
| <input type="checkbox"/> Costillas | Mano | <input type="checkbox"/> Izquierda | <input type="checkbox"/> Derecha | Tobillo | <input type="checkbox"/> Izquierda | <input type="checkbox"/> Derecha |
| <input type="checkbox"/> Pecho | Dedos(mano) | <input type="checkbox"/> Izquierda | <input type="checkbox"/> Derecha | Pie | <input type="checkbox"/> Izquierda | <input type="checkbox"/> Derecha |
| <input type="checkbox"/> Abdomen | Nalga | <input type="checkbox"/> Izquierda | <input type="checkbox"/> Dedos(pie) | | <input type="checkbox"/> Izquierda | <input type="checkbox"/> Derecha |
| <input type="checkbox"/> Espalda parte baja | <input type="checkbox"/> Pelvis | | | | | |

En el hospital, que áreas hicieron fotos de rayos X?

- | | | | | | | |
|---|---------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|-------------|------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cabeza | Hombro | <input type="checkbox"/> Izquierda | <input type="checkbox"/> Derecha | Cadera | <input type="checkbox"/> Izquierda | <input type="checkbox"/> Derecha |
| <input type="checkbox"/> Cuello | Brazo | <input type="checkbox"/> Izquierda | <input type="checkbox"/> Derecha | Muslo | <input type="checkbox"/> Izquierda | <input type="checkbox"/> Derecha |
| <input type="checkbox"/> Espalda por arriba | Codo | <input type="checkbox"/> Izquierda | <input type="checkbox"/> Derecha | Rodillo | <input type="checkbox"/> Izquierda | <input type="checkbox"/> Derecha |
| <input type="checkbox"/> Espalda por el medio | Muñeca | <input type="checkbox"/> Izquierda | <input type="checkbox"/> Derecha | Pantorrilla | <input type="checkbox"/> Izquierda | <input type="checkbox"/> Derecha |
| <input type="checkbox"/> Costillas | Mano | <input type="checkbox"/> Izquierda | <input type="checkbox"/> Derecha | Tobillo | <input type="checkbox"/> Izquierda | <input type="checkbox"/> Derecha |
| <input type="checkbox"/> Pecho | Dedos(mano) | <input type="checkbox"/> Izquierda | <input type="checkbox"/> Derecha | Pie | <input type="checkbox"/> Izquierda | <input type="checkbox"/> Derecha |
| <input type="checkbox"/> Abdomen | Nalga | <input type="checkbox"/> Izquierda | <input type="checkbox"/> Dedos(pie) | | <input type="checkbox"/> Izquierda | <input type="checkbox"/> Derecha |
| <input type="checkbox"/> Espalda parte baja | <input type="checkbox"/> Pelvis | | | | | |

El día después del accidente en cuales áreas sentía dolor?

- | | | | | | | |
|---|---------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|-------------|------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cabeza | Hombro | <input type="checkbox"/> Izquierda | <input type="checkbox"/> Derecha | Cadera | <input type="checkbox"/> Izquierda | <input type="checkbox"/> Derecha |
| <input type="checkbox"/> Cuello | Brazo | <input type="checkbox"/> Izquierda | <input type="checkbox"/> Derecha | Muslo | <input type="checkbox"/> Izquierda | <input type="checkbox"/> Derecha |
| <input type="checkbox"/> Espalda por arriba | Codo | <input type="checkbox"/> Izquierda | <input type="checkbox"/> Derecha | Rodillo | <input type="checkbox"/> Izquierda | <input type="checkbox"/> Derecha |
| <input type="checkbox"/> Espalda por el medio | Muñeca | <input type="checkbox"/> Izquierda | <input type="checkbox"/> Derecha | Pantorrilla | <input type="checkbox"/> Izquierda | <input type="checkbox"/> Derecha |
| <input type="checkbox"/> Costillas | Mano | <input type="checkbox"/> Izquierda | <input type="checkbox"/> Derecha | Tobillo | <input type="checkbox"/> Izquierda | <input type="checkbox"/> Derecha |
| <input type="checkbox"/> Pecho | Dedos(mano) | <input type="checkbox"/> Izquierda | <input type="checkbox"/> Derecha | Pie | <input type="checkbox"/> Izquierda | <input type="checkbox"/> Derecha |
| <input type="checkbox"/> Abdomen | Nalga | <input type="checkbox"/> Izquierda | <input type="checkbox"/> Dedos(pie) | | <input type="checkbox"/> Izquierda | <input type="checkbox"/> Derecha |
| <input type="checkbox"/> Espalda parte baja | <input type="checkbox"/> Pelvis | | | | | |

Firma del Paciente: _____ Fecha de Hoy: _____
 Firma de Padre o Tutor: _____ Fecha de Hoy: _____