

PERSONAL INJURY/ AUTO ACCIDENT QUESTIONNAIRE-ESPAÑOL

Nombre: _____ Fecha de Hoy: _____

Fecha y Hora del Accidente: _____ Lugar del Accidente: _____

Qué tipo de vehículo estaba manejando? _____ Qué tipo de vehículo(s) fue chocado? _____

Qué estaba haciendo su vehículo en el momento del impacto? _____

Cuál era la velocidad de su vehículo? _____ mph Cuál era la velocidad de los otros vehículo(s)? _____ mph

Cuál era la visibilidad y la condición de la carretera a la hora del accidente? _____

Hizo el reporte a las autoridades apropiadas? Llegó la policía al lugar del accidente? Quien? _____

Para las siguientes preguntas por favor escoja la casilla correcta:

Era usted el: Conductor Pasajero de Frente Pasajero de atras izquierda Pasajero de atras derecho

Que parte del carro fue chocado? De frente derecho De frente izquierda Atras derecho Atras izquierda
 De lado derecho De lado izquierda De frente Atrás

Chocó con otro carro u otro objeto? Si No Si es así, que?

Se dio cuenta que pasaría el accidente? Si No Se protegió del impacto? Si No

Se protegió con sus: Manos Pies Ambos Otros: _____

Se activaron las bolsas de aire del lado del conductor? Si No Y las del lado de pasajero Si No

Estaba usted usando el cinturón? Si No Cintura? Si No Hombro? Si No

Tiene su vehículo cabecera? Si No Cual era la posición de la cabecera? Arriba Abajo

De que lado estaba su cabeza doblada? Derecha Izquierda Hacia el frente Hacia atrás

Alguna parte de su cuerpo golpeo alguna parte del interior del vehículo? Si No Si es así, describa?

Cómo se sintió inmediatamente después del accidente? aturdido mareado desorientado

nervioso con nauseas molesto débil otro: _____

Estuvo usted inconsciente? Si No

Fue usted a emergencias? Si No Si es así? Donde y Cuando _____

Cómo llegó al hospital? En su propio carro Ambulancia Carro de Policía Otro: _____

Que le hicieron ? Rayos-X Pruebas de Laboratorios Medicamentos Otros _____

Por favor describa: _____

Lo admitieron en el hospital por sus lesiones? Si No Por cuanto tiempo? _____

Ha visto algún otro doctor como resultado de este accidente? Si No Quien? _____

Ha estado en algún otro accidente de automóvil? Si No O otra lesiones o caídas? Si No

Si es así, por favor explique? _____

Información Adicional:

En el cuadro de abajo, por favor escriba cualquier otra información acerca del accidente que no ha sido preguntada:

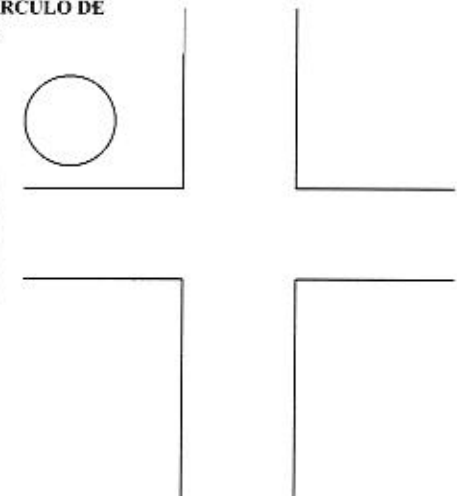
En el cuadro de abajo, por favor escriba cualquier otra información acerca de su condición que no ha sido preguntada:

INDIQUE EN ESTE DIAGRAMA LO QUE PASÓ DURANTE EL CHOQUE

Use este esquema para dibujar la escena de su accidente. Por favor escriba el nombre de la calle o autopista o los números.

1. Numere cada vehículo y muestre la dirección de viaje por flechas: → ▶ ◀ ◀
2. Use una línea sólida para mostrar el camino antes del accidente →
Use una línea de puntos para después -----▶
3. Muestre peatón con: —○
4. Muestre ferrocarril con: —|—|—|—|—
5. Muestre distancia y dirección al punto de referencia:
Identifique los puntos de referencia por nombre.
6. Indique dirección por flecha en el círculo.

INDIQUE NORTE CON UNA FLECHA DENTRO DEL CÍRCULO DE ABAJO



The diagram shows a road intersection. On the left, two curved lines represent a road curving into the intersection. On the right, a circle is positioned above a horizontal line, and a vertical line extends upwards from the circle. Below the circle, there is a cross shape formed by a horizontal and a vertical line, representing a reference point.