

DeMaine Chiropractic & Rehab Centers
Historial del paciente sobre un accidente automovilístico

Nombre del Paciente _____ Fecha de hoy ____/____/____

Nombre del conductor _____ Nombre de la calle _____

De personas en el vehiculo al momento del accidente _____

¿Cuales son sus síntomas actuales? Dolor Adormecimiento Rigidez Debilidad

Fecha del accidente ____/____/____ ¿Ha perdido días de trabajo a causa del accidente? ¿Cuántos? _____

El paciente fue: El conductor Pasajero –enfrente-en medio Pasajero – copiloto
 Pasajero –detrás del conductor Pasajero –en medio-atrás Pasajero –detrás del copiloto

Tipo de vehiculo del paciente: Compacto Mediano Tamaño Normal SUV Camioneta Motocicleta Bicicleta

Segundo tipo de vehiculo: Compacto Mediano Tamaño Normal SUV Camioneta Motocicleta Bicicleta

Tercer tipo de vehiculo: Compacto Mediano Tamaño Normal SUV Camioneta Motocicleta Bicicleta

Condiciones del camino: Claro Oscuro Seco Brumoso Helado Mojado

Tipo de camino: Asfalto Cemento Tierra Grava

¿Estaba conciente que el accidente iba a ocurrir? Si No

¿Llevaba su cinturón de seguridad? Si No

¿Se salió la bolsa de aire? Si No

¿Tiene su coche un descanso de cabeza? Si No

¿En que posición estaba el descanso de cabeza? Arriba En medio Hacia abajo

Posición de su cabeza: Mirando hacia enfrente Nivel izquierdo Izquierda y arriba Izquierda y abajo
 Nivel derecho Derecho y arriba Derecho y abajo Mirando hacia arriba Mirando hacia abajo

Detalles del accidente

¿Frenaba su coche? Si No ¿Se estaba moviendo su coche? Si No

Si dijo que si, ¿a que velocidad? (mph) <5 6-10 11-15 16-20 21-30 31-40 41-50 51-60 61-70 >7

¿Frenaba el Segundo vehiculo? Si No ¿Se estaba moviendo el segundo vehiculo? Si No

Si dijo que si, ¿a que velocidad? (mph) <5 6-10 11-15 16-20 21-30 31-40 41-50 51-60 61-70 >7

¿Frenaba el tercer vehiculo? Si No ¿Se estaba moviendo el tercer vehiculo? Si No

Si dijo que si a que velocidad? (mph) <5 6-10 11-15 16-20 21-30 31-40 41-50 51-60 61-70 >7

Detalles del choque

Primer impacto: Otro auto me pegó Le pegué a otro auto Un objeto me pegó Le pegó a un objeto

Localización del impacto: Enfrente Enfrente- Lado derecho Enfrente -Lado izquierdo Izquierda
 Derecha Lado derecho- parte trasera lado izquierdo – parte trasera Parte trasera Arriba

Segundo impacto: Otro auto me pegó Le pegué a otro auto Un objeto me pegó Le pegó a un objeto

Localización del impacto: Enfrente Enfrente- Lado derecho Enfrente -Lado izquierdo Izquierda
 Derecha Lado derecho- parte trasera lado izquierdo – parte trasera Parte trasera Arriba

Resultados Del Choque

Cuerpo se fue aventado: Hacia enfrente Hacia atrás A la Izquierda A la Derecha No se acuerda

Su cabeza pegó con: La bolsa de aire El parabrisas Espejo retrovisor Volante El tablero
 Parte de atrás del asiento delantero Puerta/ventana de alado El cuerpo de otra persona El descanso de cabeza

Su pecho pegó con: Bolsa de aire El volante El tablero Parte de atrás del asiento delante
 Puerta/ventana del lado El cuerpo de otra persona

Sus hombros pegaron con: El cinturón de seguridad Puerta/ventana del lado Parte de atrás del asiento delantero
 Cuerpo de otra persona

Sus rodillas pegaron con: El volante El tablero Parte de atrás del asiento delantero
 El panel de la puerta El cuerpo de otra persona

Sus caderas pegaron con: El volante El tablero Parte de atrás del asiento delantero
 El panel de la puerta La consola del medio El cuerpo de otra persona

Daño del vehículo

Auto del paciente: Perdida total Daño significativo Daño ligero Sin daños

Segundo vehículo: Perdida total Daño significativo Daño ligero Sin daños

Tercer vehículo: Perdida total Daño significativo Daño ligero Sin daños

Hospitalización

¿Fue usted al hospital? No. Si. ¿Cuál hospital? _____

¿Cuándo fue hospitalizado? Inmediatamente Mas tarde ese día Día siguiente Fecha _____

¿Como fue transportado al hospital? Ambulancia Transportación privada

¿Que recomendó el hospital? Ningunas instrucciones Venir a esta clínica Ver algún quiropráctico

Ver su propio doctor Ver un ortopedista Ver un neurólogo Medicina con receta

Otro: _____

¿Le tomaron alguna radiografía? No Si

¿Si contesto que si, ¿en cuales áreas? _____