

Accidente de carro: datos de seguro La fecha de hoy: _____

Nombre del paciente: _____

Número Telefónico: _____

Número de archivo: _____

(suministrado por la oficina)

Por la presente, autorizo al doctor _____ que proporcione los reportes sobre mi examinación, diagnóstico, tratamiento, pronóstico, etc. a la compañía de seguro/abogado en relación con el siguiente reporte.

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

INFORMACIÓN SOBRE LA COMPAÑÍA DE SEGURO DEL PACIENTE

Nombre de la compañía: _____

Número telefónico: _____

Casilla de correo o número de la calle: _____

Ciudad/Estado/Código postal: _____

Número de reclamo: _____

Nombre del ajustador: _____

Número telefónico del ajustador: _____

PREGUNTAS SOBRE EL ACCIDENTE

1. La fecha y la hora del accidente: _____

2. Ubicación del accidente: _____

3. Conductor del vehículo en el que viajaba Ud.: _____

4. Año y modelo del carro: _____

5. Condición de la calle estaba: helada____ lluviosa y mojada____ oscura____ otra____

6. ¿Llamaron a la policía a la escena del accidente? _____

¿Si es así, se emitió una multa a cualquiera de las partes? _____

7. ¿Cuál fue el daño aproximado de su carro? _____

8. Si Ud. ha perdido un tiempo de su trabajo, indique las fechas de la pérdida: _____

Accidente de carro: datos del paciente

Fecha del accidente: _____ Hora: _____ Ubicación _____

1. Describa Ud. el accidente en sus propias palabras: _____

2. Tipo de accidente: conteste Ud. lo siguiente:

- A. Colisión Frontal Izquierda B. Impacto Frontal/Paciente pegó la
 Colisión Trasera Derecha parte trasera del carro enfrente
 Colisión Andanada Derecho C. No Colisión

3. Describa Ud. en sus propias palabras lo que pasó con Ud. al impacto: _____

4. Datos del paciente al momento del accidente. Conteste Ud. lo siguiente:

- A. Cinturón de seguridad/restricción del hombro fijado/a
B. Supo Ud. que el accidente iba a pasar Preparándose para impacto Frenando
C. Posición del cuerpo al momento del impacto:
 Cabeza volteada a la izquierda/derecha Mirando para atrás Cabeza derecha
 Cuerpo derecho en una posición sentada Cuerpo volteado a la izquierda/derecha
 Otro _____

D. Cabeza/Cuerpo pegó:

- Parabrisas Volante Techo Reposacabezas Un objeto volando
 Otro _____

E. Como resultado del accidente, Ud:

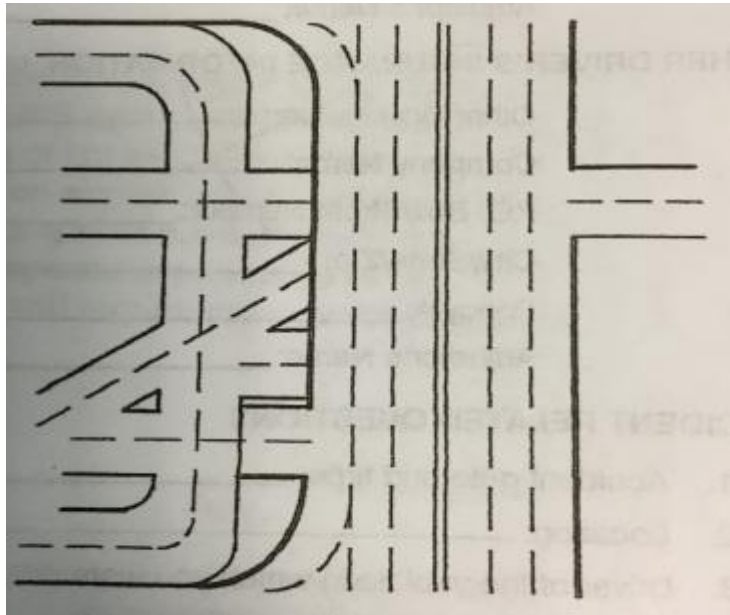
- Estaba inconsciente Estaba aturdido/a Fue al hospital/la sala de emergencias
 Otro _____

5. Marque Ud. los síntomas aparentes **desde** el accidente:

- Dolor de cabeza Dolor/Rigidez del cuello Dolor de espalda media
 Dolor de espalda baja Ojos sensibles Mareo Desmayos
 Zumbido de oído Pérdida del equilibrio Pérdida del olfato
 Pérdida del gusto Pérdida de memoria Fatiga Fiebre Falta de aliento
 Irritabilidad Depresión Problemas para dormir

- Entumecimiento de los dedos del pie Entumecimiento de los dedos
- Manos frías Pies fríos Diarrea Estreñimiento Dolor del pecho
- Nerviosismo Sudoración fría Otro: _____

6. Indique Ud. en este diagrama lo que pasó:



Firma del paciente _____ Fecha _____

APUNTES: _____
