



CUESTIONARIO MÉDICO PACIENTE Accidente de vehículo motorizado

Por favor imprimir

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento _____

SSN: _____ Fecha del accidente: _____

☞Por favor, conteste todas las preguntas. Si no se aplica a usted, por favor escriba N/A☞

¿Cómo ocurrió el accidente / lesión? También, por favor, dar calle, ciudad, estado, intersección, condiciones climáticas, etc. Por favor, sea específico.

Usted fue el: Conductor Pasajero del asiento delantero Pasajero del asiento trasero Peatonal Ciclista Otro _____

Estaba usando un cinturón de seguridad en el momento del accidente? Sí No

¿Qué parte del cuerpo no se lesiona? (Por favor, especifique la derecha o izquierda).

¿Cuál es su principal queja hoy? _____

Si tiene dolor de cuello o espalda estás teniendo algún problema intestino o la vejiga? Sí No

¿Ha sido tratado por esta lesión? _____ Si es así, ¿por quién? (Lista de todos los médicos, hospitales)

¿Qué tipo de tratamiento ha tenido por esta lesión? Por favor, indique qué instalaciones y la fecha.

Los rayos X _____ MRI _____

CT Scan _____ Inyecciones _____

Terapia física _____ ¿Cuántas semanas / meses de terapia que se realice

tenido por esta lesión? _____ Dias _____ Semanas _____ Meses