REPORTE DEL ACCIDENTE

Nombre _____ Fecha del accidente_____ Hora ____ am__ pm__
Lugar del accidente _____ Estado _____ Testigos Si__ No__
Ha perdido algun dia de trabajo: _____ Que dias:_____

ACCIDENTE DE AUTOMOVIL

Donde estaba sentado usted en el carro?_____ # de personas en el carro _____
Tenia usted su cinturon de seguridad? Si____ No ____
Cuando ocurrio el impacto se inflo la bolsa de aire? Si ___No ___ Perdio la consencia? Si ___ No ___
Usted se golpeo alguna parte de su cuerpo con alguna parte de adentro de el carro? Explique: _____
_____
Donde esta localizada la cabezera de su asiento: ariba abajo al nivel (de sus orejas)
En que clase de carro estaba usted? _____ Que clase de carro le golpio? _____
Donde le golpiaron? _____
Cuando occurrio el impacto usted estaba mirando: adelante para la derecha para la izquierda
Condicion de la calle: mojado seco con hielo con nieve
Estaba su carro parado o moviendose? _____mph
Brevemente describa el accidente:

Cuanto dano tiene su carro. Estimado actual $_____
Llego la policia a la escena del accidente? Si ___ No ____Se hizo un reporte del accidente? Si ___ No ___
Le dieron una boleta? Si ___ No ___ y si, aquien _____

ACCIDENTE DE TRABAJO

Porfavor describa que ocurio

A quien le reporto el accidente_____
Se hizo un reporte de el accidente y fue firmado por usted? Si ___ No ___
Que recomendaciones le dio su jefe cuando occurrio el accidente? _____
Sabe su compania que usted vino a esta oficina para una evaluacion? Si ___ No ___
Le dieron algun nombre de otro doctor? Si ___ No ___Cuando? _____Quien? _____
Ha tenido algun accidente de trabajo anteriormente? Si ___ No ___
Cuando y por favor describa como occurrio _____
_____

Fue al hospital? Si ___No ___ Como llego al hospital?_____
Cuando_____ Ha visto algun otro doctor antes de venir aqui? Si ___No___
Que otro tratamiento ha recibido? _____
Le han tomado alguna radiografia o le han hecho alguna prueba? _____