

## REPORTE DEL ACCIDENTE

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha del accidente \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_ am \_\_\_\_ pm \_\_\_\_  
Lugar del accidente \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Testigos Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_  
Ha perdido algun día de trabajo: \_\_\_\_\_ Que días: \_\_\_\_\_

### ACCIDENTE DE AUTOMOVIL

Donde estaba sentado usted en el carro? \_\_\_\_\_ # de personas en el carro \_\_\_\_  
Tenia usted su cinturón de seguridad? Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_  
Cuando ocurrió el impacto se infló la bolsa de aire? Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Perdió la consciencia? Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_  
Usted se golpeó alguna parte de su cuerpo con alguna parte de adentro de el carro? Explique: \_\_\_\_\_

Donde esta localizada la cabecera de su asiento: ariba abajo al nivel (de sus orejas)  
En que clase de carro estaba usted? \_\_\_\_\_ Que clase de carro le golpió? \_\_\_\_\_  
Donde le golpiaron? \_\_\_\_\_  
Cuando ocurrió el impacto usted estaba mirando: adelante para la derecha para la izquierda  
Condición de la calle: mojado seco con hielo con nieve  
Estaba su carro parado o moviéndose? \_\_\_\_\_ 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, aquién \_\_\_\_\_

### 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 ocurrió 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 ocurrio \_\_\_\_\_

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? \_\_\_\_\_