

Healthy Back Chiropractic

1707 Lansing Ave. NE

Salem, OR 97305

phone: (503) 589-0700

fax: (503) 586-0255

INFORMACIÓN SOBRE ACCIDENTES POR LESIONES PERSONALES

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____

¿Esta visita está relacionada con un accidente automovilístico? Sí No

Fecha de Accidente _____ ¿Fuiste el conductor culpable? Sí No

Tu Seguro de Auto

¿Quién es su compañía de seguros? _____

¿Tiene med-pay o PIP (protección contra lesiones personales)? Sí No

Numero de Reclamo: _____

Adjustador: _____ Teléfono: _____

Información del Abogado

¿Tiene abogado? Sí No

Nombre del Abogado: _____ Teléfono: _____

Describe en detalle el accidente. _____

Responda las siguientes preguntas solo si resultó lesionado en un accidente automovilístico:

1. ¿Era el: conductor pasajero peatonal en bicicleta en una motocicleta

2. ¿Era usted: golpeado (por otro vehículo) o en falta (causó el accidente)

3. ¿De que lado fuiste golpeado?: detrás frente el derecho la izquierda

el frente derecho el frente izquierda el tresero derecho el tresero izquierda

4. ¿En el momento del impacto usted estuvo?: detenido moviente caminando quedarse quieto corriendo montar en bicicleta montando una motocicleta cruzando la calle

5. ¿Se estaba moviendo en el momento del accidente? Sí No

¿Si es así cual fue su velocidad? _____

Acct # _____

6. ¿Estaba el otro vehículo involucrada en movimiento cuando ocurrió el accidente? Sí No

¿Si es así cual fue su velocidad? _____

7. ¿Tenía puesto el cinturón de seguridad en el momento del accidente? Sí No

8. ¿Tenía la cabeza vuelta en el momento del accidente? Sí No ¿Si es así estaba mirando?:

adelante a la derecha a la izquierda detrás de usted arriba abajo

9. ¿Estaba solo en el momento del accidente? Sí No ¿Si no, quien estaba contigo? _____

10. ¿Qué partes de su cuerpo golpearon otras estructuras en el momento del impacto? (marque todo lo corresponda)

cabeza cara frente Back of head TMJ derecha TMJ izquierda
 hombro derecho hombro izquierdo brazo derecho brazo izquierdo codo derecho
 codo izquierda muñeca derecha muñeca izquierda mano derecha mano izquierda
 pierna derecha pierna izquierda rodilla derecha rodilla izquierda tobillo derecha
 tobillo izquierda pie derecho pie izquierdo

11. ¿Qué estructuras golpeó? (marque todo lo corresponda)

volante parabrisas ventana lateral puerta del auto techo tablero
 reposacabezas asiento piso lado del coche capó del coche parachoque
 cajuela pavimento árbol otra auto otra persona otra objeto una pared

12. ¿Cómo te sentiste después de la colisión? (marque todo lo corresponda)

aturdido desorientado pérdida de consciencia opresión malestar leve
 malestar moderado malestar severo dolor intenso asustado
 sentí una sensación de estallido y desgarro fue al hospital

13. ¿Quien fue citado por el accidente? Yo Otra Conductor

14. ¿Ha tenido una o más de los siguientes síntomas desde su accidente?

no puedo dormir debido al accidente tener problemas para conciliar el sueño desde el accidente
 tiempo perdido del trabajo debido al accidente ha estado deprimido desde que ocurrió el accidente

15. ¿Ya ha recibido tratamiento por lesiones relacionadas con el accidente? Sí No

¿Si es así, por quien? _____

¿Ellos realizaron pruebas de diagnóstico? Sí No

16. ¿Ha perdido su salario o no ha podido trabajar debido al accidente? Sí No

Acct # _____