

Healthy Back Chiropractic

1707 Lansing Ave. NE

Salem, OR 97305

phone: (503) 589-0700

fax: (503) 586-0255

INFORMACIÓN SOBRE ACCIDENTES DE TRABAJO

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____

¿Esta visita está relacionada con un accidente de trabajo? Sí No

Fecha de Accidente: _____ Numero de Reclamo: _____

Nombre de MCO _____ Nombre del Abogado _____

Describa 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 donde usted?: 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? _____
6. ¿Estaban las otras personas involucradas 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? _____

Acct # _____

Healthy Back Chiropractic

1707 Lansing Ave. NE

Salem, OR 97305

phone: (503) 589-0700

fax: (503) 586-0255

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

- cabeza cara frente otras de cabeza 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 collision? (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 # _____