

MVA INJURY QUESTIONNAIRE (Spanish)

NOMBRE: _____ Fecha del Accidente _____

Adonde ocurrio el accidente? En sus palabras:

Que eras su posicion dentro el carro?

 Chofer: tenia sus manos ensima el volante? la izquierda la derecha ambos Pasajero: estabas sentado en el Frente Atras por la derecha Atras por la izquierdaGolpiastes otro carro? Si NoO otro carro te golpio? Si NoAngulo de impacto... Primera Collision: Frente Atras Por la izquierda Por la derechaSi es la Segunda Collision: Frente Atras Por la izquierda Por la derechaTenias puesto su cinturón? Si NoAguantartes? Si No ... Aguante con las manos Aguante con los piesEn que manera estabas mirando ... Por el frente Por la izquierda Por la derechaGolpiastes un parte de el carro? Si No

Si su respuesta era si, que parte de su cuerpo dio que parte de el carro (como su cabeza, su brazo)

 El Timon _____ La Cansola/ La Pizarra _____ La Ventana de el frente _____ El rufo _____ La puerta de la izquierda _____ La puerta de la derecha _____ La ventana de la izquierda _____ La ventana de la derecha _____ Otro _____Encorvastes O Rompiestes el asiento? Si NoInmediatamente despues de el accidente, como sientistes? con mareo confundida noquiada nerviosa con naucia volcado debil otro _____Fuiestes para el hospital? Si No Fuiestes admitada? Si No por quanto tiempo? _____Quando fuiestes? En el momento de el accidente el proximo diaComo llegastes? Amulancia Policia Privado

Nombre de el hospital: _____

El Dr. que te atendio. _____

... que clase de tratamiento te dieron?

 ninguno pusieron un collar para su cuello rayo-x te dieron puntas bandajes medicina instuciones por estar noquiada instrucciones para sus golpes Therapia fisico instrucciones para llamar un medico de Orthopedico instrucciones para llamar su dr. privado referido (a) a esta oficina para tratamiento Otro _____Visto otro medico sobre el accidente? Si No

El nombre de el Dr.
