



**SOUTHEAST
CHIROPRACTIC**
THE *MOTION* CENTERS

Cuestionario De Accidente De Automovil

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Compañía aseguradora de SU vehiculo

Compañía de seguro: _____

Numero de telefono: _____

Numero de reclamo: _____

Nombre del agente: _____

Compañía aseguradora del OTRO vehiculo

Compañía de seguro: _____

Numero de telefono: _____

Numero de reclamo: _____

Nombre del agente: _____

Informacion del Abogado

¿Tiene abogado? SI NO

Nombre del abogado: _____ Numero de telefono _____

Informacion del Accidente

Dia del accidente: _____ Hora que ocurrió: _____

Explique como ocurrió el accidente: _____

Nombre del conductor del otro vehiculo: _____

¿Cuantos pasajeros estaban en su vehiculo? _____ En el otro vehiculo? _____

¿Fue la policia notificada? SI NO

¿Se golpeó la cabeza con el parabrisas ú otro objeto? SI NO

¿Estuvo inconciente? SI NO Si contesta SI, Por cuanto tiempo _____

Su vehiculo fue golpeado: Atras Frente Lado del pasajero Lado del conductor

Usted era: Conductor Pasajero Asiento del frente Asiento de atras Con cinturón

¿Cuando sintió dolor? Inmediatamente Mas tarde Al otro dia

¿Donde sintió dolor? _____

¿Que hospital fue llevado despues del accidente? _____

¿Que tratamiento tuvo? _____

¿Le tomaron Rayos X? _____ ¿Consultó otro medico despues del accidente? SI NO

Nombre del medico _____ Diagnóstico _____

Tratamiento dado _____

¿Ha tenido antes alguna queja en la misma area? SI NO Si contesta SI

¿Cuales fueron las quejas? _____

Antes de esta lesión ¿Estaba usted capacitado para trabajar en igualdad con los demás de su edad? SI NO

¿Fue su trabajo restringido como resultado de este accidente? SI NO

Despues de esta lesión los sintomas han: Mejorado Empeorado Igual

Firma del Paciente (del Guardian) _____ **Fecha** _____