

Se estuviera en un accidente de auto o trabajo por favor complete las preguntas

Fecha de accidente _____ Hora _____ (AM/PM), Localizacion _____

Como se produjo el accident? () Auto colision () lesion en trabajo () Otro _____

Describe el accidente o lesion en detalle: _____

Trabajo Relacionado: Denuncio la lesion a su Supervisor? () Si o () NO

Nombre y telefono de su jefe directo: _____

Si accidente de auto: Estabas: () el controlador () Pasajero () Peatonal

Estuvo de legar: () Detras () Derecha () Izquierdo () Espaldo () Estacionado

El otro coche choco contra el suyo? () Si () No () Indeterminado.

Te daron algun tipo de multa () Si () No

Se multas de trafico al tro conductor? () Si () No

Se multas de trafico al conductor de se coche? () Si () No.

Indique el alcance de le lesions Como lo conocen: _____

Fuiste al hospital despues del accidente? () Si () No

Comprobar los sintomas que ha notado desde el accidente

- | | | | | |
|----------------------|---------------------------|----------------------------|-----------------|------------------------|
| () Dolor de cabez | () Irritabilidad | () Paralisis en los pies | () Cara roja | () Problemas de sueno |
| () Dolor de cuello | () Dolor de pecho | () paralisis en los dedos | () Sentir frio | () Perdida de memoria |
| () Dolor de espalda | () mareo | () Falta de respiracion | () Manus frios | |
| () Esterenimiento | () Depresion | () Cansancio | () Desmayo | |
| () Nerviosismo | () Predida de gusto | () Cabeza pesada | () Fiebre | |
| () Tension | () predida de olfato | () Hormigueo en brazos | () Diarrea | |
| () Cuello fuerza | () Zumbidio en los oidos | () Hormigueo en piernas | | |

Sintomas diferentes a los mencionads anteriormente:

Alguna vez has tenido un accidente o lesions similares antes? () SI () No. cuando _____

Has peridio dias de trabajo debibo a un lesion? () SI () No. Fecha _____

Las companies de seguro:

Nombre y numero de su seguro: _____

Nombre de la compania asegurada de la persona que les lesions

Has estado en contacto de la compania de seguro? () Si () No

Usted tiene un abogado que le ha aconsejado en este caso? () Si () No

Abogado nombre: _____ Telefono# _____