

Lesión Accidental

NOMBRE _____ FECHA _____

Si su lesión es por accidente, por favor complete las siguientes preguntas:

Fecha del accidente _____ Hora _____ AM/ PM Lugar: _____

Cómo ocurrió el accidente? Choque Vehicular En su lugar de trabajo Otro _____

Si fue choque vehicular, por favor describa las circunstancias: _____

Reportó la lesión a su capataz o empleador? Sí No

El o ella le recomendó tratamiento en nuestra oficina? Sí No

Si fue accidente vehicular, era usted El conductor Pasajero Peatón

Si fue choque vehicular, el golpe fue Por detrás Lado derecho Lado izquierdo Al frente Auto estacionado

Su auto golpeó a el(los) otro(s) involucrado(s)? Sí No

O el otro vehículo golpeó al suyo Sí No Indeterminado

Como resultado del accidente recibió una multa de tránsito? Sí No

Fue multado el conductor del otro vehículo? Sí No

Fue multado el conductor de su vehículo? Sí No

Haga una lista de sus lesiones lo mejor que pueda _____

Tuvo necesidad de ser hospitalizado después del accidente? Sí No

Ponga una X en los síntomas que haya notado desde el accidente:

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> Mareo | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Fatiga |
| <input type="checkbox"/> Malestar estomacal | <input type="checkbox"/> Luz molesta los ojos | <input type="checkbox"/> Zumbido en los oídos | <input type="checkbox"/> Diarrea |
| <input type="checkbox"/> Dolor de cuello | <input type="checkbox"/> Cabeza se siente pesada | <input type="checkbox"/> Pérdida de memoria | <input type="checkbox"/> Pies Fríos |
| <input type="checkbox"/> Cuello rígido | <input type="checkbox"/> Hormigueo en los brazos | <input type="checkbox"/> Ruido en los oídos | <input type="checkbox"/> Manos Frías |
| <input type="checkbox"/> Desmayo | <input type="checkbox"/> Problemas para dormir | <input type="checkbox"/> Pérdida de equilibrio | <input type="checkbox"/> Dolor de espalda |
| <input type="checkbox"/> Cara enrojecida | <input type="checkbox"/> Hormigueo en las piernas | <input type="checkbox"/> Estreñimiento | <input type="checkbox"/> Tensión |
| <input type="checkbox"/> Nerviosismo | <input type="checkbox"/> Adormecimiento en los dedos | <input type="checkbox"/> Pérdida del olfato | <input type="checkbox"/> Fiebre |
| <input type="checkbox"/> Irritabilidad | <input type="checkbox"/> Adormecimiento dedos de los pies | <input type="checkbox"/> Pérdida del gusto | <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho |
| <input type="checkbox"/> Sudor frío | <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |

Síntomas distintos a los mencionados: _____

Ha perdido días de trabajo? _____ Fechas: _____

Compañías de Seguros involucradas:

Mi compañía _____

Compañía de la persona responsable por las lesiones _____

Ha sido contactado por algún ajustador de seguros o representante con relación a este reclamo? Sí No

Tiene un abogado que le haya aconsejado en este caso? Sí No

Nombre _____

Domicilio _____

Teléfono _____