

Información de Accidente Automovilístico

Sobre su Automóvil

¿Que era su siposicion en el vehículo?

- Chofer Pasajero Enfrente Pasajero Atras Peatón (no estaba en el vehiculo)

¿Cuantas otras personas se encontraban en el vehículo? _____

¿En que tipo de vehículo se encontraba?

- Compacto Carro de medio tamaño Carro de tamaño completo
 Troca compacta Troca grande Van chica Van de tamaño completo
 SUV chico SUV grande Motocicleta Transporte motorizado
 Bicicleta

¿Que estaba haciendo su vehículo antes del accidente?

- Parado en una luz Disminullendo velocidad Completamente parado
 Aumentando velocidad Entrando al trafico Cambiando cariles

¿Que era su velocidad, aproximadamente? _____

¿El accidente fue con? Otro vehículo Un objeto (describe) _____ Salio de la carretera

¿Que fue el punto de impacto en su vehículo?

- En frente Detras Lado derecho Lado izquierdo
 En frente a la derecha En frente a la izquierda Detras a la derecha Detras a la izquierda

SOBRE EL OTRO VEHÍCULO

¿Que tipo era el otro vehiculo?

- Compacto Carro de medio tamaño Carro de tamaño completo
 Troca compacta Troca grande Van chica Van de tamaño completo
 SUV chico SUV grande Motocicleta Transporte motorizado
 Bicicleta

¿ Que estaba haciendo el otro vehículo antes del accidente?

- Parado en una luz Disminullendo velocidad Completamente parado
 Aumentando velocidad Entrando al trafico Cambiando cariles

¿Aproximadament que velocidad llevaba? _____

¿Que fue el punto de impacto en el otro vehículo?

- En frente Detras Lado derecho Lado izquierdo
 En frente a la derecha En frente a la izquierda Detras a la derecha Detras a la izquierda

SOBRE APARATOS DE SEGURIDAD

¿Que tipo de restricción estaba utilizando?

- Full lap and shoulder restraint No seat belt was worn Lap restraint only

¿En que posicion se encontraba su cabezal?

- Posicion baja En medio Posicion alta Cabezal no se mueve

¿Se habrieron las bolsas de aire?

- No Si No tengo bolsas de aire

Nombre del paciente _____ Fecha _____

AL PUNTO DE IMPACTO

¿Que eran la condicion de la carretera?

- Asfaltado Sin asfalto Inafectado por el clima Mojado Hielo Con nieve

¿Estaba preparado/a para el impacto?

- Conciente y preparado Conciente pero no preparado Sorprendido mientras despierto
 Sorprendido mientras dormido

¿En que posicion tenia su cabeza/pescuezo antes del impacto?

- Hacia el retrovisor Voltiado a la izquierda Voltiado a la derecha Viendo al frente
 Voltiado al frente

¿Que manos tenia en el volante?

- Las dos Izquierda Derecha No estaba manejando

¿Estaba su pie en la brecha? Si No No estaba manejando

¿Que le paso a su cuerpo al punto de impacto?

- Torcido Tirado del vehiculo Tirado de lado a lado Tirado sobre el asiento
 Atrapado en el vehiculo Cortado & moretoniado Tirado para enfrente y para atras

Si alguna parte de su cuerpos le pego a una(s) parte del vehiculo, por favor detalle y sea especifico.

DESPUES DEL IMPACTO

¿Que era su estado mental/emocional inmediatamente despues del impacto?

- Conciente de lo que paso No recordaba lo que habia pasado
 Inconciente (tiempo aproximado _____) Desorientado Nervioso

¿Recibio atencion medica en la escena del accidente? Si No

¿A donde fue inmediatamente despues del accidente?

- Casa Hospital Doctor personal Siguió sus actividades diarias Esta oficina

¿Se hizo un reporte a la policia? Si No

¿Recibio heridas que le causaron perder dias de trabajo? No Si (# de dias _____)

PROBLEMAS DESDE SU HERIDA

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dolor de espalda | <input type="checkbox"/> Manos/dedos se duermen | <input type="checkbox"/> Nausea |
| <input type="checkbox"/> Espalda entumecida | <input type="checkbox"/> Cansancio | <input type="checkbox"/> Perdida de aliento |
| <input type="checkbox"/> Dolor del pescuezo | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> Dificultad para dormir |
| <input type="checkbox"/> Pescuezo entumecido | <input type="checkbox"/> Irritable | <input type="checkbox"/> Malestar estomacal |
| <input type="checkbox"/> Dolor de pecho | <input type="checkbox"/> Dolor de la mandíbula | <input type="checkbox"/> Dolor de estomago |
| <input type="checkbox"/> Mareos | <input type="checkbox"/> Dolor en las piernas | <input type="checkbox"/> Tension o nervios |
| <input type="checkbox"/> Perdida de apetito | <input type="checkbox"/> Piernas se duermen | <input type="checkbox"/> Vision doble o borrosa |
| <input type="checkbox"/> Zumbido en el oido | <input type="checkbox"/> Perdida de memoria | <input type="checkbox"/> Sensibilidad a la luz |
| <input type="checkbox"/> Desmayos | <input type="checkbox"/> Perdida de balance | <input type="checkbox"/> Perdiada de habilidad de oir |

Problemas no en la lista: _____

Algunos problemas que esten empeorando? Si (favor de circularlos) No

La informacion el las paginas 1 & 2 de esta forma es correcta a lo mayor de mi sabiduria.

Firma del paciente _____ Fecha _____



Gentle Care Chiropractic, LLC

Drs. Ralph and Veronica Ezagui, Chiropractic Physicians

21860 Willamette Dr. West Linn, OR 97024 (503) 650-2394 • (503) 650-0696 fax

¿QUE SON LOS BENEFICIOS DE P.I.P.?

Esto es una cobertura de aseguranza que su compañía de aseguranza le provera a usted en su poliza personal. Los beneficios de P.I.P. son beneficios de protection de herida personal. Todas las polizas de aseguranza escritas en Oregon tienen esta cobertura.

P.I.P. es la solucion del estado de Oregon asi a seguro con franquicia. Es un tipo de seguro con franquicia limitado. Cubre al chofer, los pasajeros, y cualquier peaton que el carro lesione para cuidado medico y tratamiento hasta un minimo estatural de \$15,000.00. Esta cobertura tambien tiene un minimo de un año que le cubre despues de la fecha del accidente. Esto significa que su compañía de aseguranza es responsable por pagar sus cobros medicos por el primer año despues del accidente, sin importar quien causo el accidente.

Aparte de cobertura medica, cobertura P.I.P. tambien le puede proveer beneficios limitados de cobertura de perdida de sueldo. Este beneficio de cobertura de perdida de sueldo lo puede obtener de su agente de aseguranza.

Si el accidente no fue su culpa, entonces su compañía de aseguranza buscara reembolso por la parte de la aseguranza de la persona que causo el accidente. De cualquier manera, si el accidente no fue su culpa, la reclamación que usted haga bajo los beneficios P.I.P. no se deben considerer como un hecho imponible o tasable en su poliza y no le debe crear un cargo adicional.

SU COMPAÑIA DE ASEGURANZA LE PEDIRA QUE LLENE UNA APLICACIÓN PARA RECIBIR ESTOS BENEFICIOS. ES MUY IMPORTANTE QUE USTED LA LLENE Y LA MANDE A SU COMPAÑIA DE ASEGURANZA INMEDIATAMENTE. SU COMPAÑIA DE ASEGURANZA NO LE PAGARA SU RECLAMACIÓN HASTA QUE RECIBAN ESTA APLICACIÓN.

Yo entiendo la información presentada y los terminus indicados aqui.

Firma del Paciente _____ **Fecha** _____