

CUESTIONARIO DEL ACCIDENTE



Liringis Chiropractic ACCIDENT & INJURY CENTER

Winston-Salem (336) 768-1004 • Fax (336) 659-1373
3570 Vest Mill Road, #B • Winston-Salem, NC 27103

1

PREGUNTAS SOBRE EL ACCIDENTE

1. Fecha del accidente: _____ Hora: _____ AM PM Lugar específico donde ocurrió el accidente: _____
2. En sus propias palabras, describa detalladamente cómo ocurrió el accidente: _____

3. En el accidente usted fue el/la Conductor(a) Pasajero(a) Peatón Otro _____
4. ¿Fue su vehículo el que chocó al otro vehículo? Sí No
5. ¿Fue el otro vehículo el que chocó al suyo? Sí No
6. El impacto del choque fue: por detrás de frente lado del conductor lado del pasajero
7. ¿Emitió la policía multa(s)? ¿A quién(es)? a usted al conductor de su vehículo al conductor del otro vehículo no fueron emitidas multa
8. ¿Llegó la policía al lugar del accidente? Sí No ¿Realizaron un reporte? Sí No
9. ¿Llegó usted a darse cuenta que estaba por ocurrir el accidente? Sí No
10. ¿La Posición de su Cabeza al momento del impacto era: hacia delante hacia la izquierda hacia la derecha hacia arriba hacia abajo
11. ¿Su cuerpo se golpeó contra algo? Sí No Si la respuesta es Sí, por favor describa: _____
12. ¿Se activaron las bolsas de aire? Sí No Si respondió Sí, ¿recibió usted el impacto de las bolsas? Sí No
- ¿Le causó daño/raspón en la piel? Sí No
13. ¿Estaba usando sombrero o gafas/anteojos? Sí No Si respondió Sí, ¿todavía le quedaron puestos después del choque? Sí No
14. ¿Llegó a desmayarse o a perder el conocimiento? Sí No Si respondió Sí, ¿por cuánto tiempo? _____
15. ¿Cuánto se estima que fue el daño hecho al vehículo donde viajaba? Cantidad del daño: _____
16. Velocidad a la que transitaba el vehículo al momento del impacto/accidente: _____
17. Condiciones de la calle/ruta: Seco Húmedo Mojado Nieve Hielo Otro _____
18. ¿Estaba intoxicado el conductor que tuvo la culpa (bajo la influencia de drogas o alcohol)? Sí No

2

EN FALTA (Persona que causó el accidente y sus datos de seguro)

1. Ajustador de seguros a cargo de su reclamo por lesión física: _____
a. Número de Reclamo: _____
2. Si no sabe el Numero de Reclamo, ¿puede indicarnos cuál es la Compañía de Seguros y el Número de Póliza?

3. Número de teléfono del Ajustador: _____ Número de Fax del Ajustador: _____

3

DATOS LEGALES (si es aplicable)

1. Nombre del Abogado: _____
2. Nombre del Asistente Legal: _____
3. Dirección: _____
4. Teléfono: _____ Fax: _____

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____