Nombre: Fecha De Hoy: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha De Accidente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Lugar De Accidente? Ciudad\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Donde estabas sentado?**

Conductor

Adelante derecha

Atras Izq.

Atras derecha

**Donde chocaron tu auto?**

Cajuela

De frente

De lado

Otro

**De que lado te golpearon?**

Izquierda

Derecho

Otro

Perdio el conocimiento? Si No

Traia puesto el cinturon? Si No

Se desplego el bolsas de aire? Si No

Le tomaron radiografias/resonancias magneticas Si No

Recibiste un boleto? Si No

La otra parte recibio un boleto? Si No

Ha sido aceptada la responsabilidad por el Seguro de culpa: Si No Pendiente

Nombre del controlador con error: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Direccion de error: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Seguro de culpa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Numero de poliza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Marca/modelo del vehiculo culpable: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Que sintomas esta experimentando actulmente por el accidente (Comience con la peor queja:

Cual fue su tratamiento el dia del accidente?

Cual ha sido tratamiento desde el accidente?

Que medicos ha visto con respect a este accidente?

Existia alguno de sus sintomas actuales antes del accidente? Si No

Ha recibido otros tratamientos para estas mismas areas en el pasado? Si No

Cual fueron los tratamientos?

Crees que estos sintomas estan directamente relacionados con el accidente? Si No