

Reporte de Accidente de Vehículo

Nombre: _____

Ingrese la fecha del accidente: _____ Ingrese la hora del accidente: _____ AM
PM

Papel del paciente: Conductor Pasajero delantero Pasajero trasero Operador de motocicleta
 Pasajero de la motocicleta Operador de ATV ATV pasajero Otro: _____

Tamaño del vehículo: No fue reportado Subcompacto Compacto Tamaño mediano Tamaño completo
 Otro: _____

Dirección de viaje: No fue reportado Norte Sur Este Oeste Otro:

Tamaño del otro vehículo: No fue reportado Subcompacto Compacto Tamaño mediano
 Tamaño completo Otro: _____

Dirección de viaje del otro vehículo: No fue reportado Norte Sur Este Oeste Otro:

Ubicación de colisión: No fue reportado De Frente Al frente Detrás Lado del pasajero Lado del conductor
 Otro: _____

Hora del día: No fue reportado Mañana Madrugada Anochecer De noche Otro:

Condiciones de la carretera: No fue reportado Seco Húmedo Nieve Hielo Otro:

Accidente Anticipado?: No fue reportado Si No

Paciente expulsado?: No fue reportado Expulsado No expulsado

Paciente atrapado: No fue reportado Volante Bolsa de aire Salpicadero Espejo retrovisor Parabrisas
 Interior del coche Otro: _____

Paciente consciente: No fue reportado Pérdida de consciencia No perdió la consciencia

Cinturón de seguridad: No fue reportado Utilizado No fue utilizado

Cinturón de hombro: No fue reportado Utilizado No fue utilizado

Reposa cabezas: No fue reportado Encima de la cabeza Debajo de la cabeza Ningun

Bolsas de aire: No fue reportado Desplegado No desplegó

Área de lesión:

Cabeza Cuello Hombros Parte Superior / media espalda Espalda baja

Pecho / Costillas Brazos Codos Antebrazos

Muñecas

Hands Abdomen Nalgas Pelvis Caderas

Thighs Piernas Rodillas Tobillos Pies

Other: _____

Por lo presente autorizo al médico a examinar y tratar mi afección según lo considere apropiado a través del uso de atención médica quiropráctica, y doy autoridad para que se realicen estos procedimientos. Se entiende y acuerda que las imágenes son solo para examen y los negativos seguirán siendo propiedad de esta oficina, y estarán archivados donde se pueden ver.

Firma del paciente/ guardián: _____

Fecha: _____