

## AUTOMOBILE ACCIDENT QUESTIONNAIRE

PERSONAL INFORMATION	Name: <i>Nombre:</i>		<input type="checkbox"/> Male <i>Masculino</i>	<input type="checkbox"/> Female <i>Femenino</i>	Today's Date: <i>La Fecha de Hoy:</i>	Your Birth Date: <i>Fecha de Nacimiento:</i>
	Date of Accident: <i>Fecha del Accidente</i>	Town of Accident: <i>Ciudad del Accidente</i>	State of Accident: <i>Ubicación del Accidente</i>		Were You The Driver or Passenger?: <i>¿Era usted el conductor o un pasajero?</i>	
	Were You Wearing a Seatbelt? <i>¿Tenía su cinturón de seguridad puesto?</i>		Was The Seatbelt Equipped With a Shoulder Harness? <i>¿Estaba equipado con un arnés del hombro?</i>			
	Was The Head Restraint (Headrest) Adjusted? <i>¿Estaba el apoyo de la cabeza ajustado?</i>		What Was The Seat Position? <i>¿Cuál era la posición del asiento?</i>			
INJURY INFORMATION	What Was the Mechanism of Injury?: <i>¿Cuál fué el mecanismo del accidente?</i>			Did the Airbag Deploy? <i>¿Se salieron las bolsas de aire?</i>		Where you Prepared for Impact? <i>¿Estaba preparado(a) para el impacto?</i>
	<input type="checkbox"/> Rear <i>Por Detras</i> <input type="checkbox"/> Side <i>De Lado</i> <input type="checkbox"/> Front <i>De Frente</i> <input type="checkbox"/> Other <i>Otro</i>			<input type="checkbox"/> Yes <i>Si</i> <input type="checkbox"/> No <i>No</i> <input type="checkbox"/> No Airbags <i>No bolsas de aire</i>		<input type="checkbox"/> Yes <i>Si</i> <input type="checkbox"/> No <i>No</i>
	Was there a secondary Impact (other car, curb, barrier, etc)? <i>¿Hubo un impacto secundario (otro carro, un encintado o una barrera, una acera, etc.)?</i>				What direction was your head turned at impact? <i>¿En qué dirección estaba su cabeza o cuerpo girado/ durante el impacto?</i>	
	<input type="checkbox"/> Yes What? <i>Si Que?</i> <input type="checkbox"/> No <i>No</i>				<input type="checkbox"/> Yes <i>Si</i> <input type="checkbox"/> No <i>No</i>	
	If you were wearing glasses or a hat, where did they end up after the impact? <i>¿Si usted tenía lentes o un sombrero puesto dónde quedaron después del impacto?</i>				Did you lose consciousness? <i>¿Perdió el conocimiento?</i>	
	<input type="checkbox"/> Yes Where? <i>Si Dónde?</i> <input type="checkbox"/> No <i>No</i>				<input type="checkbox"/> Yes <i>Si</i> <input type="checkbox"/> No <i>No</i>	
	Did you strike any part of your body on the inside of the car? If so, what/where? <i>¿Se lastimó alguna parte de su cuerpo con el interior del auto? (Qué, Dónde)</i>			Did an EMT Attend to You? <i>¿Fue atendido por un Paramédico?</i>		Were you Taken by Ambulance? <i>¿En ambulancia u otro transporte?</i>
	<input type="checkbox"/> Yes Where? <i>Si Dónde?</i> <input type="checkbox"/> No <i>No</i>			<input type="checkbox"/> Yes <i>Si</i> <input type="checkbox"/> No <i>No</i>		<input type="checkbox"/> Yes <i>Si</i> <input type="checkbox"/> No <i>No</i>
	Were you Taken to The Hospital? <i>¿Fue llevado al Hospital?</i>		Which Hospital? <i>¿Cuál Hospital?</i>		Were you Admitted Overnight? <i>¿Lo(a) admitieron por la noche?</i>	
	<input type="checkbox"/> Yes <i>Si</i> <input type="checkbox"/> No <i>No</i>				<input type="checkbox"/> Yes <i>Si</i> <input type="checkbox"/> No <i>No</i>	
	Were you X-Rayed? <i>¿Le radiografiaron?</i>			If X-Rayed, What Body Part(s)? <i>¿Qué áreas del cuerpo?</i>		
	<input type="checkbox"/> Yes <i>Si</i> <input type="checkbox"/> No <i>No</i>					
	Were you given Medication or Prescriptions? <i>¿Recibió alguna prescripción médica?</i>			Were you given any Orthopedic Supports or Braces? <i>¿Recibió algun soporte ortopédico?</i>		
<input type="checkbox"/> Yes <i>Si</i> <input type="checkbox"/> No <i>No</i>			<input type="checkbox"/> Yes <i>Si</i> <input type="checkbox"/> No <i>No</i>			
What were your discharge instructions? Work, Rest, Exercise. <i>¿Cuáles fueron sus instrucciones de salida? trabajo, descanso, ejercicio.</i>			Have you had any other medical care since the accident? <i>¿Ha tenido otra asistencia médica desde el accidente?</i>			
			<input type="checkbox"/> Yes <i>Si</i> <input type="checkbox"/> No <i>No</i>			
Name of Doctor or Clinic: <i>Nombre del Doctor o de la Clínica:</i>			Treatment Received: <i>Tratamiento:</i>			
Have you had any diagnostic tests since the accident? (MRI, CT Scan, Bone Scan, X-Ray etc.) <i>¿Has tenido pruebas de diagnóstico desde el accidente? (MRI, Escanografía ósea, Radiografía etc.)</i>						
<input type="checkbox"/> Yes <i>Si</i> <input type="checkbox"/> No <i>No</i>						
Have you tried any home treatments like hot packs, medication, massage, etc? Were they successful? <i>¿Has intentado tratamientos caseros? (Paños Calientes, Medicamento, Masajes etc.) ¿Fueron eficaces?</i>						
<input type="checkbox"/> Yes <i>Si</i> <input type="checkbox"/> No <i>No</i>						
Have you missed work? <i>¿Has faltado al trabajo?</i>			From: <i>De:</i>		To: <i>A:</i>	
<input type="checkbox"/> Yes <i>Si</i> <input type="checkbox"/> No <i>No</i>						
Other Information: <i>otra información:</i>						