

FORMA DE ACCIDENTE DE AUTO

BIENVENIDO! POR FAVOR, COMPLETE ESTE CUESTIONARIO DE MANERA CORRECTA. GRACIAS.

PACIENTE _____ FECHA ____/____/____
 SEXO: M F ESTADO CIVIL _____ FECHA NAC. ____/____/____ SS# ____-____-____
 DIRECCIÓN _____ CIUDAD _____ ESTADO ____ CP ____
 TEL.CASA (____) ____-____ OCUPACIÓN _____
 NOMBRE COMPAÑÍA: _____ TEL.TRABAJO (____) ____-____
 DIRECCIÓN TRABAJO: _____ CIUDAD _____ ESTADO ____ CP ____
 POR FAVOR, EXPLIQUE CÓMO SUCEDIÓ EL ACCIDENTE _____

CONDUCTOR DEL OTRO AUTO(SI ALGUNO) _____
 COMPAÑÍA ASEGURADORA _____ TELEFONO:(____) ____-____ #PÓLIZA _____
 #RECLAMO _____ NOMBRE DE LA PERSONA QUE LO HA CONTACTADO _____
 NOMBRE DE LA PERSONA QUE CONDUJÍA SU AUTO (USTED U OTRO) _____
 COMPAÑÍA ASEGURADORA _____ TELEFONO:(____) ____-____ #PÓLIZA _____
 #RECLAMO _____ NOMBRE DE LA PERSONA QUE LO HA CONTACTADO _____
 TIENE USTED ABOGADO? SI NO NO AÚN NOMBRE DEL ABOGADO/A _____

DIRECCIÓN Y TELÉFONO _____
 ESCRIBA DÍA Y HORA DEL ACCIDENTE: ____ AM ____ PM ____/____/____
 SE DIRIGÍA? NORTE SUR ESTE OESTE EN _____ (CALLE O AVENIDA)
 EL OTRO VEHÍCULO SE DIRIGÍA? NORTE SUR ESTE OESTE EN _____ (CALLE O AVENIDA)

CANTIDAD DE GENTE EN EL VEHÍCULO: _____ HUBO TESTIGOS? SI NO
 LA POLICÍA LLEGÓ AL SITIO DEL ACCIDENTE? SI NO SE HIZO UN REPORTE DE ACCIDENTE? SI NO
 USTED GOLPEÓ EL PARABRISAS U OTRA PARTE DEL AUTO? SI NO ESTUVO INCONSCIENTE? SI NO
 POR CUÁNTO TIEMPO? _____ ADÓNDE FUÉ GOLPEADO? DETRÁS FRENTE LADO IZQUIERDO LADO DERECHO
 USTED ERA? CONDUCTOR PASAJERO FRENTE PASAJERO ATRÁS USABA CINTURÓN? SI NO

SINTIÓ DOLOR INMEDIATAMENTE DESPUÉS DEL ACCIDENTE? SI NO MÁS TARDE SIGUIENTE DÍA OTRO _____
 DÓNDE SINTIÓ EL DOLOR POSTERIOR AL ACCIDENTE? _____
 FUE A ALGÚN HOSPITAL O A UN DOCTOR? SI NO CUÁNDO FUÉ? _____
 NOMBRE DEL HOSPITAL O DOCTOR QUE LO ATENDIÓ: _____
 EL/ELLA ERA: D.C. M.D. D.O. D.D.S CUÁL FUE EL DIAGNÓSTICO? _____
 QUÉ TRATAMIENTO LE DIERON? _____ LE SACARON X-RAYS? SI NO
 CUÁN SEGUIDO VIÓ AL DOCTOR? _____ POR CUÁNTO TIEMPO? _____
 USTED TUVO ALGÚN DOLOR EN ESA ÁREA ANTERIORMENTE? SI NO
 SI SU RESPUESTA ES SI, EXPLIQUE DÓNDE? _____

HA PODIDO TRABAJAR DESDE QUE TUVO ESTE ACCIDENTE: SI NO
 SE ENCUENTRA USTED RESTRINGIDO EN EL TRABAJO POSTERIOR A SU ACCIDENTE? SI NO
 DESDE EL ACCIDENTE, ESTÁN SUS SÍNTOMAS PEOR: SI NO CONSTANTE VA & VIENE
 INDIQUE LOS SÍNTOMAS QUE SURGIERON DESDE EL ACCIDENTE: (USE UN CHECK MARK √)

- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> MAREOS | <input type="checkbox"/> DIFICULTAD AL DORMIR | <input type="checkbox"/> PROBLEMAS MANDÍBULA | <input type="checkbox"/> NÁUSEA |
| <input type="checkbox"/> PÉRDIDA DE MEMORIA | <input type="checkbox"/> IRRITABILIDAD | <input type="checkbox"/> DOLOR HOMBROS/BRAZOS | <input type="checkbox"/> DOLOR ESPALDA ALTA |
| <input type="checkbox"/> DOLOR/ES DE CABEZA | <input type="checkbox"/> FATIGA | <input type="checkbox"/> ADORMEC. MANOS/DEDOS | <input type="checkbox"/> DOLOR ESPALDA BAJA |
| <input type="checkbox"/> VISIÓN BORROSA | <input type="checkbox"/> TENSIÓN | <input type="checkbox"/> DOLOR DE PECHO | <input type="checkbox"/> RIGIDEZ ESPALDA |
| <input type="checkbox"/> ZUMBIDO EN OÍDOS | <input type="checkbox"/> DOLOR DE CUELLO | <input type="checkbox"/> FALTA DE AIRE | <input type="checkbox"/> DOLOR DE PIERNAS |
| <input type="checkbox"/> CHILLIDO EN OÍDOS | <input type="checkbox"/> RIGIDEZ DE CUELLO | <input type="checkbox"/> MOLESTIAS ESTOMACALES | <input type="checkbox"/> ADORMEC. PIE/DEDOS |
| <input type="checkbox"/> OTRO _____ | | | |

INDIQUE EL GRADO DE COMFORT AL HACER LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES CUANDO USTED:

	CAMINA	CORRE	SE AGACHA	SE LEVANTA	TRABAJA	DE PIE	SENTADO	ACOSTADO
CÓMODO								
INCÓMODO								
DOLORIDO								

FIRMA DEL PACIENTE _____ FECHA _____

Este cuestionario está diseñado para permitirnos entender en qué manera su dolor de cuello ha afectado su capacidad para realizar actividades cotidianas. Por favor, conteste cada sección circulando la decisión que más le corresponda. Sabemos que es posible que más de una opción pueda relacionarse con usted, pero por favor, **sólo circule la opción que mejor describa su problema en este momento.**

Sección 1 - Intensidad del Dolor

- A. No tengo dolor en este momento.
- B. El dolor es leve en este momento.
- C. El dolor va y viene y es moderado.
- D. El dolor es moderado y no varía mucho.
- E. El dolor es intenso pero va y viene.
- F. El dolor es severo y no varía mucho.

Sección 2 - Cuidado personal (vestirse, bañarse)

- A. Puedo cuidar de mí mismo sin sentir dolor adicional.
- B. Puedo cuidar de mí mismo, pero normalmente me causa dolor adicional.
- C. Me causa dolor cuidar de mí mismo y por eso soy lento y cuidadoso.
- D. Necesito un poco de ayuda, pero yo puedo hacer la mayor parte de mi cuidado personal.
- E. Necesito ayuda a diario en la mayoría de mi cuidado personal.
- F. No me visto, me lavo con dificultad y me quedo en cama.

Sección 3 - Levantar pesos

- A. Puedo levantar objetos pesados sin dolor adicional.
- B. Puedo levantar objetos pesados, pero causa dolor adicional.
- C. El dolor me impide levantar objetos pesados del piso, pero puedo si están convenientemente situados, por ejemplo, sobre una mesa.
- D. El dolor me impide levantar cosas pesadas, pero puedo manejar cosas livianas o medianas si están ubicados convenientemente.
- E. Puedo levantar cosas livianas.
- F. No puedo levantar o cargar ninguna cosa.

Sección 4 - Lectura

- A. Puedo leer tanto como quiero sin dolor en mi cuello.
- B. Puedo leer tanto como quiero con dolor leve en el cuello.
- C. Puedo leer tanto como quiero con dolor moderado en mi cuello.
- D. No puedo leer tanto como quiero debido a dolor moderado en mi cuello.
- E. No puedo leer tanto como quiero debido a un fuerte dolor en mi cuello.
- F. No puedo leer en absoluto.

Sección 5 - Dolor de cabeza

- A. No tengo dolores de cabeza.
- B. Tengo dolores de cabeza leves que vienen con poca frecuencia.
- C. Tengo dolores de cabeza moderados que vienen con poca frecuencia.
- D. Tengo dolores de cabeza moderados que vienen con mucha frecuencia.
- E. Tengo fuertes dolores de cabeza que vienen con frecuencia.
- F. Tengo dolores de cabeza casi todo el tiempo.

Sección 6 - Concentración

- A. Puedo concentrarme completamente sin dificultad.
- B. Puedo concentrarme completamente cuando quiero con ligera dificultad.
- C. Tengo un alto grado de dificultad para concentrarme cuando quiero.
- D. Tengo mucha dificultad en concentrarme cuando quiero.
- E. Tengo inmensa dificultad para concentrarme cuando quiero.
- F. No me puedo concentrar en lo absoluto.

Sección 7 - Trabajo

- A. Puedo trabajar tanto como yo quiero.
- B. Sólo puedo hacer mi trabajo habitual, pero nada más.
- C. Puedo hacer la mayor parte de mi trabajo habitual, pero nada más.
- D. No puedo hacer mi trabajo habitual.
- E. Casi no puedo hacer ningún trabajo.
- F. No puedo hacer ningún trabajo en absoluto.

Sección 8 - Conducir

- A. Puedo conducir mi coche sin dolor de cuello.
- B. Puedo conducir mi coche todo el tiempo con dolor leve en el cuello.
- C. Puedo conducir mi coche todo el tiempo con dolor moderado en mi cuello.
- D. No puedo conducir mi coche todo el tiempo que quiera, porque el dolor es moderado en mi cuello.
- E. Casi no puedo conducir mi coche debido a un fuerte dolor en mi cuello.
- F. No puedo conducir mi coche en absoluto.

Sección 9 - Dormir

- A. No tengo problema para dormir.
- B. Mi sueño está perturbado ligeramente (menos de 1 hora sin dormir).
- C. Mi sueño está perturbado levemente (1-2 horas sin dormir).
- D. Mi sueño está moderadamente perturbado (2-3 horas sin dormir).
- E. Mi sueño está muy perturbado (3-5 horas sin dormir).
- F. Mi sueño está perturbado por completo (5-7 horas sin dormir).

Sección 10 - Recreación

- A. Puedo participar en cualquier actividad recreativa sin dolor en mi cuello en absoluto.
- B. Puedo participar en cualquier actividad recreativa con un poco de dolor en el cuello.
- C. Puedo participar en la mayoría, pero no todas las actividades recreativas debido al dolor en mi cuello.
- D. Puedo participar en algunas de mis actividades recreativas habituales debido al dolor en mi cuello.
- E. Apenas puedo hacer unas de mis actividades recreativas debido al dolor en mi cuello.
- F. No puedo hacer ninguna actividad recreativa.

Por favor lea lo siguiente: este cuestionario está diseñado para que podamos entender en qué grado ha sido afectada su espalda en cuanto a su capacidad para manejar las actividades cotidianas. Por favor, conteste cada sección circulando la elección que mejor le aplica a usted. Nosotros entendemos que puede haber más de una opción aplicable a usted, pero por favor, **sólo circule la opción que mejor describe su problema en este momento.**

Sección 1- Intensidad del Dolor

- A. El dolor va y viene y es muy leve.
- B. El dolor es leve y no varía mucho.
- C. El dolor va y viene y es moderado.
- D. El dolor es moderado y no varía mucho.
- E. El dolor es severo, pero va y viene.
- F. El dolor es severo y no varía mucho.

Sección 2- Cuidado Personal

- A. No tengo que cambiar mi manera de bañarme o vestirme con el fin de evitar el dolor.
- B. Normalmente no cambio mi manera de bañarme o vestirme a pesar de que me causa algo de dolor.
- C. Bañarme y vestirme incrementa el dolor, pero me las arreglo para no cambiar mi forma de hacerlo.
- D. Bañarme y vestirme aumentar el dolor y es necesario cambiar mi forma de hacerlo.
- E. Debido al dolor, no puedo bañarme ni vestirme sin algo de ayuda.
- F. Debido al dolor, siempre necesito ayuda para bañarme o vestirme.

Sección 3-Levantar pesos

- A. Puedo levantar objetos pesados sin dolor adicional.
- B. Puedo levantar objetos pesados, pero me causa dolor adicional.
- C. El dolor me impide levantar objetos pesados del piso.
- D. El dolor me impide levantar objetos pesados del piso, pero puedo hacerlo si están convenientemente ubicados, por ejemplo, sobre la mesa.
- E. El dolor me impide levantar objetos pesados, pero puedo manejar objetos livianos o medianos si están convenientemente ubicados.
- F. Sólo puedo levantar objetos muy livianos.

Sección 4-Caminar

- A. El dolor no me impide caminar cualquier distancia.
- B. Tengo un poco de dolor al caminar pero no aumenta con la distancia.
- C. El dolor me impide caminar más de una milla.
- D. El dolor me impide caminar más de 1/2 milla.
- E. Sólo puedo caminar si uso un bastón o muletas.
- F. Estoy en cama la mayor parte del tiempo y tengo que arrastrarme para ir al inodoro.

Sección 5-Sentarse

- A. Puedo sentarme en cualquier silla por el tiempo que quiera sin dolor.
- B. Puedo sentarme en mi silla favorita sólo por cierto tiempo.
- C. El dolor me impide estar sentado más de una hora.
- D. El dolor me impide sentarme mas de 1/2 hora.
- E. El dolor me impide estar sentado más de diez minutos.
- F. El dolor me impide por completo estar sentado.

Sección 6 – Estar de pie

- A. Puedo estar de pie todo el tiempo que quiera sin dolor.
- B. Tengo un poco de dolor al estar de pie, pero no aumenta con el tiempo.
- C. No puedo soportar por más de una hora sin que el dolor aumente.
- D. No puedo soportar por más de 30 minutos sin que el dolor aumente.
- E. No puedo soportar por más de 10 minutos sin que el dolor aumente.
- F. Evito por completo estar de pie, ya que me aumenta el dolor de inmediato.

Sección 7 - Dormir

- A. No tengo dolor en la cama.
- B. Tengo dolor en la cama, pero eso no me impide dormir.
- C. Debido al dolor, mi sueño nocturno normal se redujo un 25%.
- D. Debido al dolor, mi sueño nocturno normal se redujo un 50%.
- E. Por el dolor, mi sueño nocturno normal se redujo un 75%.
- F. El dolor me impide dormir por completo.

Sección 8 - Vida Social

- A. Mi vida social es normal y no me da dolor.
- B. Mi vida social es normal pero aumenta el grado de mi dolor.
- C. El dolor no tiene un efecto significativo en mi vida social aparte de limitar mis intereses más energéticos, por ejemplo, bailar.
- D. El dolor ha limitado mi vida social y no salgo muy a menudo.
- E. El dolor ha limitado mi vida social y no salgo de mi casa.
- F. El dolor ha limitado por completo mi vida social.

Sección 9 - Viajar

- A. No tengo dolor durante un viaje.
- B. Siento un poco de dolor durante un viaje, pero ninguna de mis formas usuales de viajar lo empeoran más.
- C. Tengo dolor adicional durante un viaje, pero no me obliga a buscar formas alternativas de viajar.
- D. Tengo tanto dolor adicional durante un viaje que me obliga a buscar formas alternativas para viajar.
- E. El dolor me restringe cualquier forma de viajar.
- F. El dolor me impide toda forma de viaje con excepción de aquellos que puedo realizar acostado.

Sección 10 - Grado de variación del dolor

- A. Mi dolor está rápidamente mejorando.
- B. Mi dolor fluctúa, pero en general, está mejorando.
- C. Mi dolor parece estar mejorando, pero en realidad está mejorando muy lentamente.
- D. Mi dolor no está ni mejor ni peor.
- E. Mi dolor está empeorando gradualmente.
- F. Mi dolor está empeorando rápidamente.