

CUESTIONARIO SOBRE DAÑO PERSONAL/INDEMNIZACIÓN LABORAL (WORKMEN'S COMPENSATION)

NOMBRE \_\_\_\_\_ Fecha del Accidente \_\_\_\_\_ HORA \_\_\_\_\_

¿Dónde ocurrió el accidente? \_\_\_\_\_

Describe el accidente \_\_\_\_\_

¿Cuál era su posición en el vehículo? \_\_\_\_\_

Conductor  Pasajero. Si pasajero, ¿dónde sentaba?  Frente  Posterior a la derecha  Posterior a la izquierda

¿Su vehículo dió contra el otro vehículo?  Si  No ¿El otro vehículo dió contra el suyo?  Si  No

¿Fue el impacto del  frente?  lado derecho?  lado izquierdo?  parte posterior?

¿En el momento de impacto, estaba usted  Mirando al frente?  Mirando a la derecha?  Mirando a la izquierda?

¿Tenía ambas manos en la rueda del timón?  Si  No ¿Tenía el pie en el freno?  Si  No ¿Estabas preparado para el

impacto?  Si  No ¿Donde en el vehículo se encontraba usted después del impacto? \_\_\_\_\_

¿Tenía abrochado su cinturón de seguridad?  Si  No ¿Se golpeó usted con el vehículo al momento del impacto?  Si \*  No

\*Favor de especificar:  Rueda del Timón  Tablero  Parabrisas  Puerta del lado  Apoyabrazo  Ventana del lado

¿Qué parte de su cuerpo?:  Pecho  Barbilla  Rodilla  Hombro  Mano  Cabeza

¿Inmediatamente después del accidente, cómo se sentía? \_\_\_\_\_

¿Estaba: inconsciente?  Si  No aturdido?  Si  No

¿Fue usted al hospital?  Si \*  No \*¿Cuando fué al hospital? Al tiempo del accidente?  Si  No Al próximo día  Si  No

\*¿Cómo fué al hospital? \*\*Ambulancia  Si  No Transporte privado  Si  No \*\*¿Le pusieron cuello ortopédico en la ambulancia?  Si  No Tabilla?  Si  No Reforzador  Si  No

Nombre del Hospital \_\_\_\_\_

Atendido por Dr. \_\_\_\_\_ ¿Le dió Rayos-X?\*

\* Si le dió Rayos-X ¿que fué el diagnóstico? \_\_\_\_\_

¿Le admitieron al hospital?  Si\*  No Si le admitieron al hospital ¿Por cuánto tiempo se quedó? \_\_\_\_\_

¿Qué tratamiento recibió? \_\_\_\_\_

¿Qué le recomendaron? Consultar su propio médico?  Si  No Consultar un doctor ortopédico?  Si  No

Terapia Física  Si  No

¿Ha consultado cualquier otro médico como resultado del accidente?  Si\*  No \*Nombre del Médico \_\_\_\_\_

¿Tiene dolor: constante?  Si  No intermitente  Si  No agudo  Si  No destefido  Si  No

Otro \_\_\_\_\_

¿Es peor su dolor levantándose de una silla?  Si  No Haciendo esguince  Si  No Tosiendo  Si  No,

Estornudando  Si  No Haciendo esguince moviendo el vientre?  Si  No

¿Tiene aturdidos o cosquillosos los brazos?  Si  No Las manos  Si  No Los dedos  Si  No Las piernas  Si  No

Los pies  Si  No Los dedos  Si  No

¿Qué es su posición más cómoda? Sentando  Si  No Puesto al lado derecho  Si  No Puesto al lado izquierdo  Si  No

Puesto en la espalda  Si  No En el estómago  Si  No Parando  Si  No

Otro \_\_\_\_\_ ¿Se le es difícil moverse a menudo en la cama?  Si  No

¿Es peor su dolor extendiendo o torciendo su cuerpo?  Si  No

¿Cuáles de los siguientes alivian su dolor?  Almohadilla de calefacción  Baño caliente  Ducha  Bolsa de hielo

¿Si ha tratado un reforzador, le ayuda a aliviar el dolor?  Si  No

¿Hace peor el dolor un cambio en la altura de sus tacones?  Si  No

¿Siente mejor moviéndose?  Si  No descansando?  Si  No ¿Tiene un colchón firme?  Si  No

¿Le duelen las rodillas?  Si  No ¿Tiene calambres en las piernas?  Si  No En los brazos  Si  No

¿Ha tenido un cambio en sus hábitos de vientre?  Si  No

¿Ha perdido tiempo en el trabajo como resultado del accidente?  Si  No

Si ha perdido tiempo, dé fechas: Desde \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_  
Totalmente incapacitado: Desde \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_  
Parcialmente incapacitado: Desde \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_

**ANTES DE SU ACCIDENTE:** Estimación de su capacidad total de levantar.

1. ¿Cuánto peso?  Máximo  Promedio
2. ¿A qué distancia puede cargar este peso? \_\_\_\_\_ ¿Por cuánto tiempo?
3. ¿Cargó este peso en su trabajo?  Si  No ¿En su hogar o otro lugar?  Si  No
4. ¿Cuántas veces cargó este peso? \_\_\_\_\_ ¿Por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

**DESPUÉS DE SU ACCIDENTE,** describa su capacidad total de levantar.

1. ¿Cuánto peso puede levantar ahora sin tener dolor, incomodidad o restricción de movimiento?
2. ¿Tenía usted este dolor, incomodidad o restricción de movimiento antes de su accidente?  Si  No
3. ¿A qué distancia puede ahora cargar este peso? \_\_\_\_\_ y ¿por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_
4. ¿Con qué frecuencia puede cargar este peso? \_\_\_\_\_
5. ¿Tiene ahora límites en su capacidad de levantar en cualquier posición del cuerpo que antes no tenía?  Si  No
6. ¿Levantando, qué síntomas produce? \_\_\_\_\_
7. ¿Cuánto tiempo duran estas síntomas? \_\_\_\_\_

¿Presentemente tiene capacidad de?

LEVANTAR  Muy Pesado \_\_\_\_\_ LBS.  Pesado \_\_\_\_\_ LBS.  Liviano \_\_\_\_\_ LBS.  Sentado \_\_\_\_\_ LBS.  
TRABAJAR  Muy Pesado \_\_\_\_\_ LBS.  Pesado \_\_\_\_\_ LBS.  Liviano \_\_\_\_\_ LBS.  Sentado \_\_\_\_\_ LBS.

¿Qué posición le da DEMANDA MÍNIMA de esfuerzo físico?  Parado  Caminando  Sentado

¿Con Demanda Mínima de esfuerzo físico, puede trabajar en una POSICIÓN SENTADO, con algún grado de actividad en posición parado o caminando?  Si  No

¿Cree usted que no pueda realizar cualquier actividad de trabajo físico?  Si  No

¿Cree usted que no pueda realizar cualquier trabajo manual?  Si  No

Relacione su capacidad ANTES de la herida (marcando con "A") y su capacidad DESPUÉS de la herida (Marcando con "D") de ejecutar las actividades que siguen:

1. Caminando	Normal _____	Limitado _____	Difícil _____	Con dolor _____
2. Parado	Normal _____	Limitado _____	Difícil _____	Con dolor _____
3. Sentando	Normal _____	Limitado _____	Difícil _____	Con dolor _____
4. Doblando	Normal _____	Limitado _____	Difícil _____	Con dolor _____
5. Rebajándose	Normal _____	Limitado _____	Difícil _____	Con dolor _____
6. Levantando	Normal _____	Limitado _____	Difícil _____	Con dolor _____
7. Empujando	Normal _____	Limitado _____	Difícil _____	Con dolor _____
8. Jalando	Normal _____	Limitado _____	Difícil _____	Con dolor _____
9. Subiendo	Normal _____	Limitado _____	Difícil _____	Con dolor _____
10. Alcanzando	Normal _____	Limitado _____	Difícil _____	Con dolor _____
11. Agarrando	Normal _____	Limitado _____	Difícil _____	Con dolor _____
12. Arodillando	Normal _____	Limitado _____	Difícil _____	Con dolor _____
13. Balanceando	Normal _____	Limitado _____	Difícil _____	Con dolor _____
14. Cansancio	Normal _____	Limitado _____	Difícil _____	Con dolor _____

Hablando generalmente, su incapacidad de llevar a cabo estas funciones es debido a  Dolor  Debilidad  Límites Estructurales

Nervios ¿Tiene usted función sexual normal?  Si  No

¿Tiene usted la capacidad de cuidarse personalmente, como vestirse, bañarse, etc.?  Si  No ¿Requiere usted asistencia?  Si

No ¿Cree usted que su condición presente es temporaria?  Si  No ¿O permanente  Si  No