

D. EN EL MOMENTO DEL IMPACTO

1. ¿Estaba usted preparado para el impacto?

- Fue Completamente Sorpresivo
 Estaba Consciente del Inminente Impacto Se Preparó para el Impacto

2. ¿Estaba su pie en el pedal del freno?

- a. ¿Estaba su pie en el pedal del freno en el momento del impacto? Sí No

- b. ¿Fue su pie sacudido del pedal del freno en el momento del impacto? Sí No

3. Uso de Cinturones de Seguridad

a. Cinturones de Seguridad

1. ¿Estaba usted utilizando el cinturón de seguridad? Sí No

2. ¿Qué tipo de cinturón de seguridad estaba utilizando usted?
 Cinturón Hombros-Piernas Cinturón para Hombros Solamente Cinturón para Piernas Solamente

b. Reposacabezas

1. ¿Estaba el vehículo equipado con reposacabezas? Sí No

2. ¿En qué posición se encontraban los reposacabezas?
 Posición Baja Posición Media Posición Alta No Sabe

c. Bolsas de Aire

1. ¿Estaba el vehículo equipado con bolsas de aire?
 Sí No No está Seguro

2. ¿Se abrió la bolsa de aire? Sí No

4. Su Cuerpo

a. ¿Cuál era la posición de su cuerpo en el momento del impacto?

- Derecho Inclinado hacia Adelante Girado: Hacia la Derecha Hacia la Izquierda
 No Recuerda Otros

b. ¿En qué dirección fue lanzado su cuerpo en el momento del impacto?

- Hacia Adelante/Atrás Hacia Atrás/Adelante Hacia los Lados
 A Través del Vehículo Fuera del Vehículo Debajo del Vehículo
 No Recuerda Otros

5. Su Cabeza y Su Cuello

a. ¿En qué posición se encontraban su cabeza y su cuello en el momento del impacto?

- Derechos Hacia Adelante Girados: Hacia la Derecha Hacia la Izquierda
 No Recuerda Otros

b. ¿En qué dirección fueron lanzados su cabeza y su cuello en el momento del impacto?

- Hacia Adelante/Atrás Hacia Atrás/Adelante Hacia los Lados
 No Recuerda Otros

E. RESULTADOS DEL IMPACTO

1. ¿Contra qué objetos en su vehículo fue lanzado su cuerpo a consecuencia del choque?

a. Cabeza

- Volante Tablero Parabrisas
 Puerta Derecha Puerta Izquierda Brazo del Asiento
 Ventana Derecha Ventana Izquierda Reposacabeza
 Techo Consola Palanca de Cambios
 Asiento Delantero Retrovisor
 Otros

b. Extremidad Superior Derecha (Brazo)

- Volante Tablero Parabrisas
 Puerta Derecha Puerta Izquierda Brazo del Asiento
 Ventana Derecha Ventana Izquierda Reposacabeza
 Techo Consola Palanca de Cambios
 Asiento Delantero Retrovisor
 Otros

c. Extremidad Superior Izquierda (Brazo)

- Volante Tablero Parabrisas
 Puerta Derecha Puerta Izquierda Brazo del Asiento
 Ventana Derecha Ventana Izquierda Reposacabeza
 Techo Consola Palanca de Cambios
 Asiento Delantero Retrovisor
 Otros

d. Torso

- Volante Tablero Parabrisas
 Puerta Derecha Puerta Izquierda Brazo del Asiento
 Ventana Derecha Ventana Izquierda Reposacabeza
 Techo Consola Palanca de Cambios
 Asiento Delantero Retrovisor
 Otros

e. Extremidad Inferior Derecha (Pierna)

- Volante Tablero Parabrisas
 Puerta Derecha Puerta Izquierda Brazo del Asiento
 Ventana Derecha Ventana Izquierda Reposacabeza
 Techo Consola Palanca de Cambios
 Asiento Delantero Retrovisor
 Otros

f. Extremidad Inferior Izquierda (Pierna)

- Volante Tablero Parabrisas
 Puerta Derecha Puerta Izquierda Brazo del Asiento
 Ventana Derecha Ventana Izquierda Reposacabeza
 Techo Consola Palanca de Cambios
 Asiento Delantero Retrovisor
 Otros

2. ¿Fue golpeado su cuerpo por algún otro objeto?

- Descripción de otros objetos que golpearon su cuerpo

F. INFORMACION ADICIONAL

- Información Adicional Acerca de su Accidente Automovilístico

Firma del Paciente o Representante Legal

Fecha