

# ACCIDENTE DE AUTOMÓVIL / O EN EL EMPLEO

## 1 uno

### DATOS PERSONALES

Fecha: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Número de Archivo: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

## 2b dosb

### ACCIDENTE EN EL TRABAJO

Fecha y hora del accidente: \_\_\_\_\_  a.m.  p.m.

¿Fué su accidente directamente relacionado con el trabajo?.....  Sí  No

En breve, describa lo ocurrido antes y durante el accidente:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dé la dirección donde ocurrió el accidente (sí es diferente a la del lugar del trabajo): \_\_\_\_\_

¿Estuvo alguien presente cuando ocurrió el accidente?  Sí  No

¿Reportó el accidente a sus superiores o al jefe?  Sí  No

¿Qué recomendaciones le sugirieron sus superiores después del accidente? \_\_\_\_\_

¿Ha tenido usted accidentes parecidos a éste?  Sí  No

¿Sabe usted si ésta clase de accidentes han sucedido anteriormente? .....  Sí  No

En general:

¿Físicamente, le produce su trabajo estres?  Sí  No

¿Mentalmente, le produce su trabajo estres?  Sí  No

¿Es ruidoso el sitio donde trabaja? .....  Sí  No

¿Ha cambiado de trabajo este último año?...  Sí  No

## 2a dos a

### ACCIDENTE DE AUTOMÓVIL

Fecha y hora del accidente: \_\_\_\_\_  a.m.  p.m.

Era usted el:  Conductor  Pasajero asiento de adelante  
 Pasajero asiento de atrás

Si hubo una violación de tráfico, ¿quién recibió la citación?

¿Cuántas personas iban en el vehículo accidentado? \_\_\_\_\_

¿La policía visitó el lugar del accidente? .....  Sí  No

¿Sabe si la policía llenó un reporte de lo ocurrido?  Sí  No

¿Hubo testigos? .....  Sí  No

¿Tenía el cinturón de seguridad abrochado? .  Sí  No

¿Tenía el vehículo bolsas de aire? .....  Sí  No

Si las tenía, ¿se inflaron? .....  Sí  No

En relación a la base de su cráneo, ¿donde estaba la cabecera de su asiento?  Alta  Baja  A la base de su cráneo.

¿Contra que se accidento?  Otro vehículo  Otro

Sí es otro, explique: \_\_\_\_\_

¿Se golpeo alguna parte de su cuerpo con el vehículo?  Sí  No

En caso de golpe, por favor describa: \_\_\_\_\_

Marca y modelo del vehículo que usted ocupaba: \_\_\_\_\_

Nombre del área o calle en que usted viajaba: \_\_\_\_\_

¿En que dirección se dirigía usted?  N  S  E  O

¿Cuál era la velocidad aproximada de su vehículo? \_\_\_\_\_

¿En que lugar fué impactado su vehículo?  Frente

Detrás  Lado derecho  Lado izquierdo  Otro

Durante el impacto, usted estaba mirando a:  la derecha

izquierda  hacia adelante

¿Usted  se dió cuenta o  fué sorprendido por el impacto?

Si hubo otro vehículo involucrado en este accidente...

Marca y modelo del otro vehículo: \_\_\_\_\_

Dirección en que ese otro vehículo se dirigía:  
 Norte  Sur  Este  Oeste

Velocidad de ese otro vehículo: \_\_\_\_\_

En sus propias palabras, por favor describa el accidente:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



