

FORMA DE ACCIDENTE DE AUTO

POR FAVOR, COMPLETE ESTE CUESTIONARIO DE MANERA CORRECTA.

NOMBRE: _____ FECHA: ____/____/____

FECHA DEL ACCIDENTE: ____/____/____ HORA: ____ □AM ____ □PM

POR FAVOR, EXPLIQUE CÓMO SUCEDIÓ EL ACCIDENTE _____

DESCRIBA SU VEHICULO: □AUTO □SUV □VAN □CAMION AÑO, MARCA Y MODELO _____

SU UBICACIÓN EN EL VEHICULO: □CONDUCTOR □PASAJERO DELANTERO □PASAJERO TRASERO DERECHA
□PASAJERO TRASERO IZQUIERDA □OTRA POSICION CANTIDAD DE GENTE EN EL VEHÍCULO: _____

TIPO DE ACCIDENTE: □DE FRENTE □DE ATRAS □DE COSTADO □FRENTE CONDUCTOR □FRENTE PASAJERO
□ATRAS CONDUCTOR □ATRAS PASAJERO □MAS DE 3 VEHICULOS □DIO TUMBOS □OTRO _____

DURANTE EL ACCIDENTE:

VIO VENIR EL ACCIDENTE? □SI □NO SE PUDO SOSTENER FIRME PARA SOPORTAR EL GOLPE? □SI □NO

USABA CINTURÓN? □SI □NO SE ABRIÓ ALGUNA BOLSA DE AIRE? □SI □NO

ESTUVO INCONSCIENTE? □SI □NO SI LO ESTUVO, POR CUANTO TIEMPO? _____

USTED GOLPEÓ SU CABEZA/CUERPO CON EL AUTO? □SI □NO EXPLIQUE _____

HACIA DONDE TENIA SU CABEZA DURANTE EL GOLPE? □AL FRENTE □A DERECHA □A IZQUIERDA

QUE MANOS TENIA AL VOLANTE DURANTE EL GOLPE? □AMBAS □DERECHA □IZQUIERDA

POSICION DEL CABEZAL EN RELACION A SU CABEZA? □CENTRADO □ALTO □BAJO

QUIEN GOLPEO A QUIEN: □LE GOLPEARON A USTED □USTED GOLPEO A OTRO AUTO □OTRO _____

COMO ESTABA SU AUTO DURANTE EL IMPACTO?

□PARADO □MOVIENDOSE HACIA ADELANTE □DOBLANDO A DER./IZQ. □DESACELERANDO □ACELERANDO

COMO ERA LA VISIBILIDAD EN ESE MOMENTO? □BUENA □REGULAR □POBRE

COMO ERA LA CONDICION DE LA CALLE: □LIMPIA Y SECA □MOJADA □ARENOSA/SUCIA □RESBALADIZA

DESPUES DEL ACCIDENTE:

LA POLICÍA LLEGÓ AL SITIO DEL ACCIDENTE? □SI □NO SE HIZO UN REPORTE DE ACCIDENTE? □SI □NO

ADONDE FUE USTED DESPUES DEL ACCIDENTE □HOSPITAL □DOCTOR PRIVADO □CASA □TRABAJO

CUANDO FUE? □INMEDIATAMENTE □MAS TARDE ESE DIA □AL DIA SIGUIENTE □ _____

COMO LLEGO ALLI? □AMBULANCIA □MANEJO USTED □MANEJO ALGUIEN MAS □POLICIA

NOMBRE DEL HOSPITAL O DOCTOR QUE LO ATENDIÓ: _____

QUÉ TRATAMIENTO LE DIERON? _____ LE SACARON X-RAYS? □SI □NO

SINTIÓ DOLOR INMEDIATAMENTE DESPUÉS DEL ACCIDENTE? □SI □NO □MÁS TARDE □SIGUIENTE DÍA □OTRO _____

DÓNDE SINTIÓ EL DOLOR DESPUES DEL ACCIDENTE? _____

USTED HABIA TENIDO ALGÚN DOLOR EN ESA ÁREA EN EL PASADO? □SI □NO

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 SU/S SÍNTOMA/S EMPEORANDO: □SI □NO □ES CONSTANTE □VA & VIENE

-INDIQUE LOS SÍNTOMAS QUE SURGIERON DESDE EL ACCIDENTE: (USE UN CHECK MARK ✓)

- | | | | |
|----------------------|------------------------|-------------------------|----------------------|
| □ MAREOS | □ DIFICULTAD AL DORMIR | □ RIGIDEZ DE CUELLO | □ DOLOR DE CUELLO |
| □ NAUSEAS | □ IRRITABILIDAD | □ PROBLEMAS MANDIBULA | □ DOLOR ESPALDA ALTA |
| □ DOLOR/ES DE CABEZA | □ FATIGA | □ ADORMEC. MANOS/DEDOS | □ DOLOR ESPALDA BAJA |
| □ VISIÓN BORROSA | □ TENSIÓN | □ ADORMEC. PIE/DEDOS | □ DOLOR DE BRAZOS |
| □ ZUMBIDO EN OÍDOS | □ PERDIDA DE MEMORIA | □ FALTA DE AIRE | □ DOLOR DE PIERNAS |
| □ CHILLIDO EN OÍDOS | □ DEPRESION | □ MOLESTIAS ESTOMACALES | □ DOLOR DE PECHO |
| □ OTROS _____ | | | |

-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								

DAÑO AL VEHICULO: □LEVE □MODERADO □SEVERO DAÑO ESTIMADO: \$ _____

ABOGADO: HA CONTRATADO USTED A UN ABOGADO? □SI □NO □NO AÚN

NOMBRE _____ TELÉFONO _____

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.

Tareas Realizadas con Dificultad

Paciente _____ Fecha _____ Fecha de la Lesión _____

Inicial Actualización

Por favor, marque todas las que apliquen a su TRABAJO a causa del accidente.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Voy a trabajar, pero trabajo con dolor | <input type="checkbox"/> No puedo tomarme tiempo libre por que puedo perder mi trabajo |
| <input type="checkbox"/> Debo limitar mis actividades laborales | <input type="checkbox"/> Sigo trabajando, para no perder mi status en la empresa |
| <input type="checkbox"/> Estar doblado en el trabajo me perjudica | <input type="checkbox"/> Mi negocio fracasaría si me tomo tiempo libre |
| <input type="checkbox"/> Inclinar me en el trabajo me lastima | <input type="checkbox"/> Creo que debo trabajar, incluso cuando tengo dolor |
| <input type="checkbox"/> Estar sentado en el trabajo me perjudica | <input type="checkbox"/> Me siento obligado a trabajar a pesar de que tengo dolor |
| <input type="checkbox"/> Usar la computadora en el trabajo me perjudica | <input type="checkbox"/> Mi negocio perdería dinero si tomo tiempo libre |
| <input type="checkbox"/> Al pulsar en el trabajo me perjudica | <input type="checkbox"/> Mi trabajo no es tan bueno como lo era antes del accidente |
| <input type="checkbox"/> Tirar en el trabajo me perjudica | <input type="checkbox"/> Mi jefe me ha reprendido por mal desempeño |
| <input type="checkbox"/> Estar arrodillado en el trabajo me perjudica | <input type="checkbox"/> Tengo un trabajo diferente dentro de la misma empresa |
| <input type="checkbox"/> He perdido status en mi empresa | <input type="checkbox"/> Tengo un trabajo diferente en otra empresa |
| <input type="checkbox"/> He perdido la seguridad en mi empleo | <input type="checkbox"/> Gano menos dinero que antes del accidente |
| <input type="checkbox"/> Perdí el ascenso en mi trabajo | <input type="checkbox"/> No puedo hacer el mismo trabajo que hacía antes del accidente |
| <input type="checkbox"/> No me gusta el trabajo tanto como antes | <input type="checkbox"/> No me puedo concentrar en el trabajo |
| <input type="checkbox"/> Me quedo dormido en el trabajo | <input type="checkbox"/> Puedo tomar tiempo libre pagado para ir al doctor |
| <input type="checkbox"/> He tomado tiempo sin pago para ir al doctor | <input type="checkbox"/> Cometo errores en el trabajo que antes no hacía |
| <input type="checkbox"/> Sueño despierto en el trabajo más que antes | <input type="checkbox"/> Escondo mi mal rendimiento en el trabajo para que mi jefe no se |
| <input type="checkbox"/> Me siento cansado en el trabajo | <input type="checkbox"/> de cuenta |
| <input type="checkbox"/> Yo trabajo con dolor porque tengo cuentas que pagar | _____ |
| _____ | _____ |

Por favor marque todo lo que corresponda a su HOGAR/TAREAS DOMESTICAS a causa del accidente.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Mi casa no está tan limpia como antes | <input type="checkbox"/> No puedo tener tiempo libre porque cuido a mis niños |
| <input type="checkbox"/> Mi jardín no está tan recogido como antes | <input type="checkbox"/> Tengo _____ hijos de edades _____ |
| <input type="checkbox"/> Mi huerta no es tan productiva ahora | <input type="checkbox"/> Tuve que contratar a un ama de casa pagada |
| <input type="checkbox"/> Yo trabajo en el jardín, pero lo hago con dolor | <input type="checkbox"/> Le pedí ayuda a alguien de limpieza no remunerado |
| <input type="checkbox"/> Ya no puedo hacer mi trabajo normal en el jardín | <input type="checkbox"/> Tuve que contratar a un jardinero pagado |
| <input type="checkbox"/> Hago el trabajo de la casa, pero lo hago con dolor | <input type="checkbox"/> Le pedí ayuda a alguien para el trabajo en el jardín |
| <input type="checkbox"/> No puedo hacer mi trabajo normal de la casa | <input type="checkbox"/> Cortar el césped me lastima |
| <input type="checkbox"/> Lavar la ropa me lastima | <input type="checkbox"/> No puedo cortar el césped |
| <input type="checkbox"/> No puedo lavar la ropa ahora | <input type="checkbox"/> Sacar la basura me lastima |
| <input type="checkbox"/> Lavar los platos me lastima | <input type="checkbox"/> No puedo sacar la basura |
| <input type="checkbox"/> No puedo lavar los platos ahora | <input type="checkbox"/> No disfruto de mi jardín como solía hacerlo |
| <input type="checkbox"/> Pasar la aspiradora me lastima | <input type="checkbox"/> No disfruto el trabajo de la casa como solía hacerlo |
| <input type="checkbox"/> No puedo aspirar ahora | <input type="checkbox"/> Hacer jardinería me lastima |
| <input type="checkbox"/> Cocinar me lastima | <input type="checkbox"/> No puedo hacer mi jardín en absoluto desde el accidente |
| <input type="checkbox"/> No puedo cocinar ahora | <input type="checkbox"/> Otros que viven conmigo hacen mi parte del trabajo en el jardín |
| <input type="checkbox"/> Lavar el coche me lastima | _____ |
| <input type="checkbox"/> No puedo lavar mi coche | _____ |

Firma

Fecha

Pérdida de disfrute en deportes, hobbies, viajes, actividades diarias y escuela

Por favor marque todo lo que corresponda a su ejercicio y la actividad deportiva a causa del accidente.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Mi ejercicio se afectó por este accidente | <input type="checkbox"/> He aumentado ___ libras desde el accidente |
| <input type="checkbox"/> Voy al gimnasio y hago ejercicio con dolor | <input type="checkbox"/> Tuve que dejar mi equipo de _____ después del accidente |
| <input type="checkbox"/> Ya no voy al gimnasio a hacer ejercicio | <input type="checkbox"/> Tuve que dejar mi equipo de _____ después del accidente |
| <input type="checkbox"/> Corro pero con el dolor | <input type="checkbox"/> Tuve que dejar mi equipo de _____ después del accidente |
| <input type="checkbox"/> Ya no corro | <input type="checkbox"/> Tuve que dejar mi equipo de _____ después del accidente |
| <input type="checkbox"/> Puedo hacer caminatas y tengo dolor mientras camino | <input type="checkbox"/> No me gusta el deporte de _____ más |
| <input type="checkbox"/> Ya no salgo a caminar | <input type="checkbox"/> No me gusta el deporte de _____ desde ___ semanas |
| <input type="checkbox"/> Yo solía ganar dinero haciendo deportes | <input type="checkbox"/> No me gusta el deporte de _____ más |
| <input type="checkbox"/> He perdido ingresos de deportes desde el choque | <input type="checkbox"/> No me gusta el deporte de _____ desde ___ semanas |
| <input type="checkbox"/> Yo soy un deportista aficionado | <input type="checkbox"/> No me gusta el deporte de _____ más |
| <input type="checkbox"/> Yo soy un atleta profesional | <input type="checkbox"/> No me gusta el deporte de _____ desde ___ semanas |
| _____ | <input type="checkbox"/> No me gusta el deporte de _____ más |
| _____ | <input type="checkbox"/> No me gusta el deporte de _____ desde ___ semanas |

Por favor marque todas las que correspondan a sus HOBBIES por el accidente.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Mis hobbies se vieron afectados por el accidente | <input type="checkbox"/> Hobby # 3 _____ |
| <input type="checkbox"/> Hobby #1 _____ | <input type="checkbox"/> No puedo hacer más hobby # 3 |
| <input type="checkbox"/> No puedo hacer más mi hobby #1 | <input type="checkbox"/> Hago hobby # 3, pero con dolor |
| <input type="checkbox"/> Hago hobby # 1, pero con dolor | <input type="checkbox"/> He perdido dinero por no hacer hobby # 3 |
| <input type="checkbox"/> He perdido dinero por no hacer hobby #1 | <input type="checkbox"/> Yo no he hecho hobby # 3 desde _____ semanas |
| <input type="checkbox"/> Yo no he hecho hobby #1 desde _____ semanas | <input type="checkbox"/> Hobby # 4 _____ |
| <input type="checkbox"/> Hobby #2 _____ | <input type="checkbox"/> No puedo hacer más hobby # 4 |
| <input type="checkbox"/> No puedo hacer más hobby #2 | <input type="checkbox"/> Hago hobby # 4, pero con dolor |
| <input type="checkbox"/> Hago hobby # 2, pero con dolor | <input type="checkbox"/> He perdido dinero por no hacer # 4 |
| <input type="checkbox"/> He perdido dinero por no hacer hobby #2 | <input type="checkbox"/> Yo no he hecho hobby # 4 desde _____ semanas |
| <input type="checkbox"/> Yo no he hecho hobby #2 desde _____ semanas | _____ |

Por favor marque todo lo que aplica a sus actividades de VIAJE a causa del accidente.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Viajes de negocios fueron afectados por el accidente | <input type="checkbox"/> Plan de Viaje #1 _____ |
| <input type="checkbox"/> Viajes de placer fueron afectados por el accidente | <input type="checkbox"/> Yo no fui a plan de viaje #1 |
| <input type="checkbox"/> Me duele conducir mi propio coche | <input type="checkbox"/> Fui, pero no disfrute el viaje #1 |
| <input type="checkbox"/> Me duele demasiado como para conducir | <input type="checkbox"/> Fui y el accidente no afectó mi viaje #1 |
| <input type="checkbox"/> Me duele cuando soy pasajero en un automóvil | <input type="checkbox"/> Plan de Viaje #2 _____ |
| <input type="checkbox"/> Me duele demasiado como para sentarme en un coche | <input type="checkbox"/> Yo no fui a plan de viaje #2 |
| <input type="checkbox"/> Tengo ansiedad cuando estoy en un coche | <input type="checkbox"/> Fui pero no disfruté el viaje #2 |
| <input type="checkbox"/> Me duele cuando estoy en un avión | <input type="checkbox"/> Fui y el accidente no afectó el viaje # 2 |
| <input type="checkbox"/> Me duele demasiado como para viajar en avión | <input type="checkbox"/> Me perdí el tiempo con mi familia / amigos por no poder viajar |

Firma del Paciente

Fecha

Pérdida de disfrute de deportes, hobbies, viajes, vida diaria, y escuela

Paciente _____ Fecha _____ Fecha de la Lesión _____

___ Inicial ___ Actualización

Por favor marque todas las actividades de la VIDA DIARIA que le causan dolor a causa del accidente.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cambiarme de ropa | <input type="checkbox"/> Viajar en coche |
| <input type="checkbox"/> Ponerme pantalones | <input type="checkbox"/> Abrir un frasco |
| <input type="checkbox"/> Ponerme los zapatos | <input type="checkbox"/> Levantar una cacerola para cocinar |
| <input type="checkbox"/> Atarme los zapatos | <input type="checkbox"/> Cerrar el maletero de mi coche |
| <input type="checkbox"/> Ponerme la camiseta | <input type="checkbox"/> Abrir la puerta del garaje |
| <input type="checkbox"/> Secarme el cabello | <input type="checkbox"/> Usar mi computadora |
| <input type="checkbox"/> Peinarme el pelo | <input type="checkbox"/> Subir escaleras |
| <input type="checkbox"/> Lavar el cabello | <input type="checkbox"/> Bajar escaleras |
| <input type="checkbox"/> Tomar una ducha | <input type="checkbox"/> Actividad sexual |
| <input type="checkbox"/> Tomar un baño | <input type="checkbox"/> Mover la cabeza hacia izquierda o derecha |
| <input type="checkbox"/> Inclinarme hacia adelante | <input type="checkbox"/> Sostener mi cabeza todo el día |
| <input type="checkbox"/> Acostarme en la cama | <input type="checkbox"/> Ver la TV |
| <input type="checkbox"/> Sentarme en mi silla favorita | <input type="checkbox"/> Tengo dolor sentado y sin hacer nada |
| <input type="checkbox"/> Dormir | <input type="checkbox"/> Hablar por teléfono |
| <input type="checkbox"/> Salir con mis amigos | <input type="checkbox"/> Leer |
| <input type="checkbox"/> Sentarme en un restaurante | <input type="checkbox"/> Escribir |
| <input type="checkbox"/> Comprar | <input type="checkbox"/> Abrir puertas |
| <input type="checkbox"/> Conducir hacia / desde el trabajo | <input type="checkbox"/> Secarme con una toalla después del baño o ducha |
| <input type="checkbox"/> Sentarme en la iglesia | <input type="checkbox"/> La vida se ha convertido en un trabajo hasta para hacer cosas simples |
| <input type="checkbox"/> Jugar con mis hijos | <input type="checkbox"/> Es deprimente vivir así |
| <input type="checkbox"/> Cuidar de mis hijos | _____ |
| <input type="checkbox"/> Doblar la cintura | _____ |
| <input type="checkbox"/> Sentarme en una sala de cine | _____ |
| <input type="checkbox"/> Ejercitarme | _____ |
| <input type="checkbox"/> Comer | _____ |
| <input type="checkbox"/> Inclinarme | _____ |
| <input type="checkbox"/> Detenerme | _____ |
| <input type="checkbox"/> Arrodillarme | _____ |
| <input type="checkbox"/> Cepillarme los dientes | _____ |

Por favor marque todo lo que corresponda a su ESCUELA y actividades de educación a causa del accidente.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> La escuela se vió afectada por el accidente | <input type="checkbox"/> Tengo dolor cuando cargo mis libros de la escuela |
| <input type="checkbox"/> Soy estudiante de _____ | <input type="checkbox"/> Me duele estar sentado en clase por más de _____ minutos |
| <input type="checkbox"/> Estoy en el año _____ / grado | <input type="checkbox"/> Me duele el cuello cuando miro hacia abajo para leer |
| <input type="checkbox"/> Yo estaba estudiando: ___ tiempo completo
___ tiempo parcial | <input type="checkbox"/> No aprendo tan rápido como antes del accidente |
| <input type="checkbox"/> Ahora estoy estudiando: ___ tiempo completo
___ tiempo parcial | <input type="checkbox"/> No aprendo cosas tan bien como antes del accidente |
| <input type="checkbox"/> Tuve que tomar menos clases por el accidente | <input type="checkbox"/> Tengo dificultad para concentrarme en clase |
| <input type="checkbox"/> Tuve que perder _____ días de escuela | <input type="checkbox"/> Necesito mucho más tiempo para estudiar / hacer mi tarea |
| <input type="checkbox"/> Tuve que dejar la escuela por el accidente | |
| <input type="checkbox"/> Mis calificaciones son más bajas desde el accidente | |