



¿Tenia puesto el cinturón de seguridad? SI/NO

Acual cinturón? De cintura \_\_\_\_\_ el de los hombros \_\_\_\_\_, o de los dos \_\_\_\_\_

¿Salio la bolsa de aire? SI/NO

¿Su asiento tiene respaldo para la cabeza? SI/NO Que tan alto:Arriba/En medio/Abajo de la cabeza

¿Alguna parte de su cuerpo pego contra el vehiculo? SI/NO

Describe en donde: \_\_\_\_\_

¿Esta recibiendo otro tipo de tratamiento para otras heridas o enfermedades? SI/NO

Por favor describa en detalle: \_\_\_\_\_

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

Ha tenido otro accidente antes de este? SI/NO

Si asi fue, por favor describa, fecha, tipo de accidente, y otras heridas sostenidas:

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

Por favor mencione alguna otra informacion : \_\_\_\_\_

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

\*Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

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

Firma del padre o guardian: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

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

Inicial del doctor: \_\_\_\_\_