

Cuestionario de compensación laboral

1. Tu accidente estuvo directamente relacionado con tu trabajo? Sí No
2. Describa brevemente los eventos que ocurrieron justo antes y durante su accidente: _____

3. Reportó su accidente a su empleador? Sí No
4. Tu accidente te dejó inconsciente?? Sí No
5. Si es así, cuánto tiempo? _____
6. Describa cómo se sintió inmediatamente después del accidente: _____

7. Describa cualquier tratamiento que haya recibido: _____

8. Se tomaron radiografías? Sí No
9. Le recetaron medicamentos? Sí No
10. En caso afirmativo, de qué tipo: _____

11. Están restringidas sus actividades laborales como resultado de esta lesión? Sí No
12. Indique los síntomas que resultan de este accidente:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Mareo | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> Dificultad para dormir |
| <input type="checkbox"/> Fatiga | <input type="checkbox"/> Dolor de pecho | <input type="checkbox"/> Malestar stomacal /
Náuseas |
| <input type="checkbox"/> Dolor de brazos / hombros | <input type="checkbox"/> Rigidez en la espalda | <input type="checkbox"/> Rigidez en el cuello |
| <input type="checkbox"/> Dolor de espalda superior / media | <input type="checkbox"/> Visión borrosa | <input type="checkbox"/> Problemas de
mandíbula |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de memoria | <input type="checkbox"/> Tensión | <input type="checkbox"/> Dolor de espalda baja |
| <input type="checkbox"/> Manos / dedos entumecidos | <input type="checkbox"/> Dolor de pierna | <input type="checkbox"/> Otra: _____ |
| <input type="checkbox"/> Entumecidos pies / dedos de los pies | <input type="checkbox"/> Irritabilidad | |
| <input type="checkbox"/> Orejas sonando / zumbando | <input type="checkbox"/> Dolor de cuello | |
| <input type="checkbox"/> Falta de aliento | | |

13. Su condición está empeorando? Sí No