

DIARIO POST-ACCIDENTE

Documente cómo su vida ha cambiado desde su accidente

FORMULARIOS INCLUIDOS		
Visión general del dolor y los síntomas	Diario semanal	Diario cotidiano
LAS DIRECTRICES		
		
Comience a anotar cualquier detalle tan pronto como pueda después de su accidente	Haga una entrada siempre que tenga algo que informar. Esto puede ser diario al principio o semanalmente cuando usted comienza a alcanzar el tratamiento médico máximo.	Recuerde: Este diario puede ser examinado por otros como parte de su caso. Procure obtener descripciones detalladas, precisas, breves y completas.
USO SUGERIDO		
		
Comience una carpeta para organizar documentos que se relacionan con su accidente	Imprima todo este documento una vez. Añadir a su carpeta	Haga copias de la página de registro semanal o diaria, según cómo detallado cree que puede ser.
		
Mantenga las páginas de registro donde se acordará de rellenarlas. Puede ser útil llenarlo a la misma hora todos los días. Si no los guardas en tu carpeta, agrégalos a medida que los completes.	Es posible que desee proporcionar la primera página a continuación "Resumen del dolor y los síntomas resultantes de mi accidente" a su médico para su inclusión en sus registros médicos.	Consulte TheReyesFirm.com/pdf/ para otros documentos que pueden resultarle útiles

DIARIO POST-ACCIDENTE

DIARIO

Nombre: _____ Fecha: _____



Síntomas y cómo se siente



Actividades afectadas



Duración/Frecuencia



Medicaciones/Terapias y Efectos secundarios



¿Capaz de trabajar? Dar detalles.



Comunicaciones de seguros y tratamientos médicos (nombre de la organización, nombre de la persona, lo que dijeron, duración de la visita/conversación)

SEMANAL POST-ACCIDENTE

DIARIO

Nombre: _____ Semana de (fecha): _____

Día	Síntomas y detalles	Gravedad 1-10	Activador (cuando se lo nota)	Medicamentos / Terapias y Efectos Secundarios	Actividades afectadas	¿Es posible trabajar? (Dar detalles, ejemplos)	Comunicaciones de seguros y visitas médicas
Domingo							
Lunes							
Martes							
Miércoles							
Jueves							
Viernes							
Sábado							

SEMANAL POST-ACCIDENTE

DIARIO

Nombre: _____ Semana de (fecha): _____

Gravedad 1-10	Activador (cuando se lo nota)	Medicamen- tos / Terapias y Efectos Secundarios	Actividades afectadas	¿Es posible trabajar? (Dar detalles, ejemplos)	Comunicaciones de seguros y visitas médicas
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					



¿Qué medicamentos/terapias utiliza?



¿Qué efectos secundarios ha notado?
