

Crash

Point/Line Number or Address:

1. I was _____ when this crash happened.

- Walking
- Biking
- Scootering
- Taking a bus or train
- Using a mobility device
- Riding in a vehicle
- Other

1a) If you use a mobility device, what kind do you use?

- | | |
|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Wheel chair | <input type="checkbox"/> Guide dog |
| <input type="checkbox"/> Walker or cane | <input type="checkbox"/> Prosthetic |
| <input type="checkbox"/> White cane | <input type="checkbox"/> Other |

2. The crash happened in:

Day _____ Month _____ Year _____

3. When the crash happened, it was:

- Day
- Night

4. Who else was involved?

- Vehicle driver
- Pedestrian
- Bike rider
- Scooter rider
- Someone taking a bus or train
- Someone using a mobility device (wheelchair, walker, etc)
- Other
- No one else

5. Were you or anyone else injured in the crash?

- No
- Someone had minor injuries
- Someone had severe injuries
- Someone died

6. Was this crash reported to the police?

- Yes
- No

7. What do you think caused this crash?

- Poor/missing sidewalk
- Poor/missing bike lanes or paths
- Cracked/uneven street
- Poor lighting
- Signs, signals or markings were not working or missing
- There was an obstacle in someone's way
- The road was curving, I couldn't see what was coming
- There was loose gravel, ice or water on the road/sidewalk
- There was an animal in the way
- There was overgrown vegetation
- Someone didn't yield
- Someone was speeding
- Someone's car door hit another person
- Other

8. What happened? Do not identify any individuals by name or include license plate numbers, etc.

Choque

Número de punto/ línea o dirección:

1. Yo estaba _____ cuando este choque.

- Caminando
- Montando en bicicleta
- Montando en escúter
- Usando un aparato de movilidad asistida
- Viajando en carro
- Otro

1 a) Si estaba usando un aparato de movilidad asistida, de cual tipo uso?

- | | |
|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Silla de rueda | <input type="checkbox"/> visual |
| <input type="checkbox"/> Andadera o bastón | <input type="checkbox"/> Perro guía |
| <input type="checkbox"/> Bastón para ciegos o con impedimento | <input type="checkbox"/> Prótesis |
| | <input type="checkbox"/> Otro |

2. El choque ocurrió en:

Día _____ Mes _____ Año _____

3. El choque ocurrió por:

- El día
- La noche

4. El otro/los otros involucrados era/n:

- Conductor del vehículo
- Peatón(es)
- Persona que montaba en bicicleta
- Una persona en escúter
- Tren o autobus
- Alguien usando un aparato de movilidad asistida
- Otro
- No había ningún otra persona involucrado/a/s

5. ¿Usted o alguien más se lesionó a causa del choque?

- No, nadie se lesionó a causa del choque
- Alguien sufrió lesiones menores
- Alguien sufrió lesiones graves
- Alguien murió.

6. ¿Reportó este incidente a la policía?

- Sí
- No

7. Este choque ocurrió debido a:

- Una banqueta agrietada/desnivelada
- La falta de un carril de bicicletas o carril de bicicletas en mal estado Una calle agrietada/desnivelada
- La falta de iluminación
- Letreros o señales del tráfico que no funcionaban
- Un obstáculo en el camino de alguien
- Había obstáculos en el camino
- Había grava suelta, hielo, o agua en la carretera/banqueta
- Había curvas en la carretera, no puedo ver lo que se avecina
- Había perros sueltos e otros animales
- La vegetación esta descuidada
- La falta de ceder el derecho de paso
- Alguien viajó a una velocidad insegura
- Alguien abrió la puerta de su carro y la puerta chocó con otra persona
- Otro

8. ¿Que pasó? No identifique ningunos de los individuos/as involucrados/as por sus nombres y no incluyas números de las placas, etc.