



Fecha:

CUESTIONARIO DE SEGURIDAD DEL CICLISTA

Todas las respuestas a este cuestionario son estrictamente confidenciales.

Nombre (de pila.):	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Edad:
Federado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Pertenece a club: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Provincia de Residencia	Telefono:	
Seguro Privado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Media de Kms Anuales	
Años de Practica Ciclista	Telefono:	
Número de accidentes		

INFORMACIÓN SOBRE ACCIDENTE 1

Hora del día:	Año:	Día de la semana:	<input type="checkbox"/> Laborable <input type="checkbox"/> Fin de semana <input type="checkbox"/> Festivo
Circulaba <input type="checkbox"/> Pelotón <input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Pareado <input type="checkbox"/> Fila India	Climatología: <input type="checkbox"/> Seco/soleado <input type="checkbox"/> Lluvioso		
Lesiones <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Visibilidad: <input type="checkbox"/> Correcta <input type="checkbox"/> Reducida		
Baja Laboral <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Días de Baja		
Lesiones	<input type="checkbox"/> Sin Lesiones	<input type="checkbox"/> Graves	
	<input type="checkbox"/> Leve	<input type="checkbox"/> Muy graves	
	<input type="checkbox"/> Moderada		
Usaba Casco <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Responsabilidad Propia:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Lesiones <input type="checkbox"/> Reversibles <input type="checkbox"/> Irreversibles	Daños Materiales:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Tipo de Carretera <input type="checkbox"/> Casco Urbano <input type="checkbox"/> Autonómica <input type="checkbox"/> Via Rápida o Autopista <input type="checkbox"/> Regional <input type="checkbox"/> Carril Bici <input type="checkbox"/> Otro tipo			
Características Via	<input type="checkbox"/> Cruce <input type="checkbox"/> Rotonda <input type="checkbox"/> Curva <input type="checkbox"/> Recta <input type="checkbox"/> Bajada Pronunciada		
Accidente Por:	<input type="checkbox"/> Impacto con vehiculo <input type="checkbox"/> Caída con otro ciclista <input type="checkbox"/> Caída en solitario <input type="checkbox"/> Impacto con señalización		
Tenia Arcén transitable <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Apoyo Federativo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

INFORMACIÓN SOBRE ACCIDENTE 2

Hora del día:	Año:	Día de la semana:	<input type="checkbox"/> Laborable <input type="checkbox"/> Fin de semana <input type="checkbox"/> Festivo
Circulaba <input type="checkbox"/> Pelotón <input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Pareado <input type="checkbox"/> Fila India	Climatología: <input type="checkbox"/> Seco/soleado <input type="checkbox"/> Lluvioso		
Lesiones <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Visibilidad: <input type="checkbox"/> Correcta <input type="checkbox"/> Reducida		
Baja Laboral <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Días de Baja		
Lesiones	<input type="checkbox"/> Sin Lesiones	<input type="checkbox"/> Graves	
	<input type="checkbox"/> Leve	<input type="checkbox"/> Muy graves	
	<input type="checkbox"/> Moderada		
Usaba Casco <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Responsabilidad Propia:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Lesiones <input type="checkbox"/> Reversibles <input type="checkbox"/> Irreversibles	Daños Materiales:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Tipo de Carretera <input type="checkbox"/> Casco Urbano <input type="checkbox"/> Autonómica <input type="checkbox"/> Via Rápida o Autopista <input type="checkbox"/> Regional <input type="checkbox"/> Carril Bici <input type="checkbox"/> Otro tipo			
Características Via	<input type="checkbox"/> Cruce <input type="checkbox"/> Rotonda <input type="checkbox"/> Curva <input type="checkbox"/> Recta <input type="checkbox"/> Bajada Pronunciada		
Accidente Por:	<input type="checkbox"/> Alcance con vehiculo <input type="checkbox"/> Caída con otro ciclista <input type="checkbox"/> Caída en solitario <input type="checkbox"/> Impacto con señalización		
Tenia Arcén transitable <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Apoyo Federativo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

INFORMACIÓN SOBRE ACCIDENTE 3

Hora del día:		Año:		Día de la semana: <input type="checkbox"/> Laborable <input type="checkbox"/> Fin de semana <input type="checkbox"/> Festivo	
Circulaba <input type="checkbox"/> Pelotón <input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Pareado <input type="checkbox"/> Fila India		Climatología: <input type="checkbox"/> Seco/soleado <input type="checkbox"/> Lluvioso			
Lesiones <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Visibilidad: <input type="checkbox"/> Correcta <input type="checkbox"/> Reducida			
Baja Laboral <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Días de Baja			
Lesiones	<input type="checkbox"/> Sin Lesiones		<input type="checkbox"/> Graves		
	<input type="checkbox"/> Leve		<input type="checkbox"/> Muy graves		
	<input type="checkbox"/> Moderada				
Usaba Casco <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Responsabilidad Propia:		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Lesiones <input type="checkbox"/> Reversibles <input type="checkbox"/> Irreversibles		Daños Materiales:		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Tipo de Carretera <input type="checkbox"/> Casco Urbano <input type="checkbox"/> Autonómica <input type="checkbox"/> Via Rápida o Autopista <input type="checkbox"/> Regional <input type="checkbox"/> Carril Bici <input type="checkbox"/> Otro tipo					
Características Via		<input type="checkbox"/> Cruce <input type="checkbox"/> Rotonda <input type="checkbox"/> Curva <input type="checkbox"/> Recta <input type="checkbox"/> Bajada Pronunciada			
Accidente Por:		<input type="checkbox"/> Alcance con vehiculo <input type="checkbox"/> Caída con otro ciclista <input type="checkbox"/> Caída en solitario <input type="checkbox"/> Impacto con señalización			
Tenía Arcén transitable <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Apoyo Federativo		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

INFORMACIÓN SOBRE ACCIDENTE 4

Hora del día:		Año:		Día de la semana: <input type="checkbox"/> Laborable <input type="checkbox"/> Fin de semana <input type="checkbox"/> Festivo	
Circulaba <input type="checkbox"/> Pelotón <input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Pareado <input type="checkbox"/> Fila India		Climatología: <input type="checkbox"/> Seco/soleado <input type="checkbox"/> Lluvioso			
Lesiones <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Visibilidad: <input type="checkbox"/> Correcta <input type="checkbox"/> Reducida			
Baja Laboral <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Días de Baja			
Lesiones	<input type="checkbox"/> Sin Lesiones		<input type="checkbox"/> Graves		
	<input type="checkbox"/> Leve		<input type="checkbox"/> Muy graves		
	<input type="checkbox"/> Moderada				
Usaba Casco <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Responsabilidad Propia:		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Lesiones <input type="checkbox"/> Reversibles <input type="checkbox"/> Irreversibles		Daños Materiales:		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Tipo de Carretera <input type="checkbox"/> Casco Urbano <input type="checkbox"/> Autonómica <input type="checkbox"/> Via Rápida o Autopista <input type="checkbox"/> Regional <input type="checkbox"/> Carril Bici <input type="checkbox"/> Otro tipo					
Características Via		<input type="checkbox"/> Cruce <input type="checkbox"/> Rotonda <input type="checkbox"/> Curva <input type="checkbox"/> Recta <input type="checkbox"/> Bajada Pronunciada			
Accidente Por:		<input type="checkbox"/> Alcance con vehiculo <input type="checkbox"/> Caída con otro ciclista <input type="checkbox"/> Caída en solitario <input type="checkbox"/> Impacto con señalización			
Tenía Arcén transitable <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Apoyo Federativo		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

INFORMACIÓN SOBRE ACCIDENTE 5

Hora del día:		Año:		Día de la semana: <input type="checkbox"/> Laborable <input type="checkbox"/> Fin de semana <input type="checkbox"/> Festivo	
Circulaba <input type="checkbox"/> Pelotón <input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Pareado <input type="checkbox"/> Fila India		Climatología: <input type="checkbox"/> Seco/soleado <input type="checkbox"/> Lluvioso			
Lesiones <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Visibilidad: <input type="checkbox"/> Correcta <input type="checkbox"/> Reducida			
Baja Laboral <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Días de Baja			
Lesiones	<input type="checkbox"/> Sin Lesiones		<input type="checkbox"/> Graves		
	<input type="checkbox"/> Leve		<input type="checkbox"/> Muy graves		
	<input type="checkbox"/> Moderada				
Usaba Casco <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Responsabilidad Propia:		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Lesiones <input type="checkbox"/> Reversibles <input type="checkbox"/> Irreversibles		Daños Materiales:		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Tipo de Carretera <input type="checkbox"/> Casco Urbano <input type="checkbox"/> Autonómica <input type="checkbox"/> Via Rápida o Autopista <input type="checkbox"/> Regional <input type="checkbox"/> Carril Bici <input type="checkbox"/> Otro tipo					
Características Via		<input type="checkbox"/> Cruce <input type="checkbox"/> Rotonda <input type="checkbox"/> Curva <input type="checkbox"/> Recta <input type="checkbox"/> Bajada Pronunciada			
Accidente Por:		<input type="checkbox"/> Colisión con vehiculo <input type="checkbox"/> Caída con otro ciclista <input type="checkbox"/> Caída en solitario <input type="checkbox"/> Impacto con señalización			
Tenía Arcén transitable <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Apoyo Federativo		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	