

## **CLIENTE HOJA INFORMATIVA ESPANOL**

*La información que usted nos da en esta forma somos muy importantes. Nos ayudará investigamos su accidente y determinamos a cuán continuar mejor con su caso. Si usted no tiene toda la información que pedimos en esta forma, sepa por favor tan que lo podemos ayudar a conseguirlo. Todas sus respuestas serán mantenidas estrictamente confidenciales.*

Fecha: \_\_\_\_\_

Quién le se refirió a Las Oficinas de **Dianne L. Sawaya, LLC**?

---

### **INFORMACION PERSONAL**

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

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de Seguro: \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Apto.: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

Núm. de telefono: (Casa) \_\_\_\_\_ (Trabajo) \_\_\_\_\_

(Cellular) \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

¿Podemos comunicarnos con usted por el text?

¿Usted tiene una cuenta con Facebook? \_\_\_ Si \_\_\_ No (Favor de leer la hoja de información de hacer y no hacer de media social).

¿Querría nuestro boletín electrónico de cliente enviado a su dirección correo electrónico?  
Si \_\_\_ No \_\_\_

Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Usted es: De mano derecha \_\_\_ De mano izquierda: \_\_\_\_\_

Estado civil: Soltero(a) \_\_\_ Casado(a) \_\_\_ Separado(a) \_\_\_ Divorciado(a) \_\_\_  
Vuido(a) \_\_\_\_\_

Nombre de esposo(a): \_\_\_\_\_

Número de telefono de esposo(a): \_\_\_\_\_

Dependientes y sus edades: \_\_\_\_\_

---

Su licencia de manejar: Número. \_\_\_\_\_ Vencimiento \_\_\_\_\_

**\*\*\*\*INFORMACION IMPORTANTE\*\*\*\***

Favor de listar el nombre de un pariente o amigo(a) que no vive con usted: (con quién podemos comunicarnos en caso que haya una emergencia y no podemos alcanzarle a usted).

Nombre: \_\_\_\_\_ Núm. de teléfono: \_\_\_\_\_

**INFORMACION ACERCA DEL INCIDENTE**

¿Cúando sucedió el accidente? Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

¿Dónde sucedió el accidente? \_\_\_\_\_

¿Qué tipo/casto de animal fue? \_\_\_\_\_

Favor de describir brevemente el accidente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Se cayó? Si \_\_\_ No \_\_\_ ¿Fueron hirió cuando usted se cayó? Si \_\_\_ No \_\_\_

Favor de describir cualquier magulladura, los cortes u otras heridas visibles que fueron causados por el ataque del animal (para la pinchadura de ejemplo hiere)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Lo que otras heridas le hicieron sufrir? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Vino una ambulancia el sitio del accidente? Si \_\_\_ No \_\_\_ Nombre de la Ambulancia:

\_\_\_\_\_

¿Fue tratado por la tripulación de emergencia en la escena? Si \_\_\_ No \_\_\_

Depto. de Bomberos: \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, a quién: (Ambulancia, EMT, Bombero) \_\_\_\_\_

¿Fue transportado al hospital? Si \_\_\_ No \_\_\_ Nombre del hospital: \_\_\_\_\_

**Favor de listar todos los centros médicos usted ha estado desde el accidente.**

| <b>CENTROS MEDICOS</b>                    | <b>Nombre Completo</b> | <b>Número de teléfono /Dirección</b> |
|---|------------------------|--------------------------------------|
| Departamento del Emergencia:              |                        |                                      |
| Hospital                                  |                        |                                      |
| Centro de imaginería (Rayos -X, MRI etc.) |                        |                                      |
| Clínica Walk-in:                          |                        |                                      |
| Doctor:                                   |                        |                                      |
| Chiropráctico:                            |                        |                                      |
| Fisioterapeuta:                           |                        |                                      |
| Otro:                                     |                        |                                      |

**OTRA INFORMACION IMPORTANTE**

Hubo testigos al accidente? Si \_\_\_ No \_\_\_

*Favor de listar los testigos que vieron el accidente.*

Nombre: \_\_\_\_\_ Núm. de teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Núm. de teléfono \_\_\_\_\_

¿Fue notificado el Control Animal? Si \_\_\_ No \_\_\_ ¿Investigaron? Si \_\_\_ No \_\_\_

¿Fue notificado la policia? Si \_\_\_ No \_\_\_ ¿Investigó la policía el accidente? Si \_\_\_ No \_\_\_

¿Cuál departamento/ciudad de policia fue llamado? \_\_\_\_\_

¿Núm. de caso? \_\_\_\_\_

¿Hizo cualquier declaración a cualquiera en la escena? Si \_\_\_ No \_\_\_

¿A quién?: \_\_\_\_\_

¿Qué dijo usted? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Hizo declaración a usted en la escena? Si \_\_\_ No \_\_\_

¿Quién hizo las declaraciones? \_\_\_\_\_

¿Qué dijeron? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Hay acción del tribunal hasta con respecto a este incidente? Si \_\_\_ No \_\_\_

¿Tiene usted SEGURO PERSONAL? Si \_\_\_ No \_\_\_

Nombre de Compañía de Seguro: \_\_\_\_\_

Contacto de asegurador: \_\_\_\_\_ Núm. de teléfono: \_\_\_\_\_

Núm. de Grupo: \_\_\_\_\_ Núm. de miembro: \_\_\_\_\_

**MEDICARE\*** paga sus gastos médicos? Si \_\_\_ No \_\_\_

**MEDICAID\*** paga sus gastos médicos? Si \_\_\_ No \_\_\_

En caso afirmativo, cuál es su número de Medicare/Medicaid: \_\_\_\_\_

¿Recibe usted el Seguro Social? Si \_\_\_ No \_\_\_ ¿Cual?: SSDI \_\_\_ SSI \_\_\_

***\*Favor de proveer toda sus tarjetas de seguro personal incluyendo su tarjeta de Medicare/Medicaid***

### **INFORMACION ACERCA DE SU TRABAJO**

¿Estuvo en el trabajo en aquel momento del accidente? Si \_\_\_ No \_\_\_

¿El accidente afectado su habilidad hacer su trabajo? Si \_\_\_ No \_\_\_

En caso afirmativo, favor de completar la información siguiente:

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_

Dirección del empleador: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

¿Qué es su trabajo? \_\_\_\_\_

Ingresos al tiempo del accidente: \$ \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_

Algún otro ingresos (commissions, bonos, segundo trabajo, etc.): \$ \_\_\_\_\_

Ingresos ahora: \$ \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_

¿Por causa del accidente, ha perdido tiempo del trabajo? Si \_\_\_ No \_\_\_

¿Por cuántos días?: \_\_\_\_\_ ¿Está trabajando ahora? Si \_\_\_ No \_\_\_

Nombre del doctor quién dijo que no puede trabajar: \_\_\_\_\_

Dirección del Doctor:  
\_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

¿Está recibiendo compensación al trabajador? Si \_\_\_ No \_\_\_

¿Está recibiendo seguro de discapacidad? Si \_\_\_ No \_\_\_

*Gracias por tomar el tiempo para llenar este documento. Aunque lleva mucho tiempo para cumplirlo, nos provee información valiosa que necesitamos para ser efectivos en su caso. Por favor, sea seguro que la información usted nos dió sera estrictamente privado y no la daremos a ninguna persona o compañía fuera de Las Oficinas de Dianne L. Sawaya, a menos que usted nos da permiso o es requerido por la ley.*