

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 ACCIDENTE

¿Cuándo sucedió el accidente? Fecha: _____ Hora: _____

¿Dónde sucedió el accidente? _____

Favor de describir brevemente que causó el accidente y como sucedió:

¿Fueron hirió cuando usted se cayó? Si ___ No ___

Favor de describir algunas magulladuras, cortes o otro lastimaduras visibles causado por el accidente (por ejemplo, magulladuras, contusiones or cortes):

¿Golpeó la cabeza en algo en al accidente? Si ___ No ___

¿Perdió la consciencia? Si ___ No ___ ¿Por cuánto tiempo? _____

¿Si usted cree que no perdió la consciencia, hay algo de que no se acuerda (asi como tiempo del accidente, quitando su cinturón)? Si ___ No ___

En caso afirmativo, favor de describirlo:

¿Lo que otras heridas le hicieron sufrir? _____

Favor de listar las condiciones médicas o los síntomas progresivos que usted piensa quizás fueron causados por este accidente:

¿Vino una ambulancia al 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: _____

Please list the names of all medical facilities you've been to since the time of the accident.

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

OTRA INFORMACION IMPORTANTE

¿Si resbaló en algo, en qué resbaló usted? _____

¿Si usted se cayó a causa de una sustancia o una condición peligrosa, hay alguien quizás sepa algo acerca de la sustancia o condición como existió antes que usted se cayera? Si ___ No ___

En caso afirmativo, favor de listar la(s) persona(s):

Nombre: _____ Núm. de teléfono: _____

Nombre: _____ Núm. de teléfono: _____

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

¿Cuál departamento/ciudad de policia fue llamado? _____

¿Núm. de caso?: _____

¿Tomó fotografías en la escena de accidente? Si ___ No ___

Su nombre: _____ Núm. de teléfono _____

¿Hizo una declaración a alguien en la escena? Si ___ No ___

¿A quién?: _____

¿Que dijo usted? _____

¿Hizo alguien una declaración a usted en la escena? Si ___ No ___

¿Quién hizo las declaraciones? _____

¿Qué dijeron? _____

¿Archivó un reporte/informe con gerencia? Si ___ No ___ ¿Recibió una copia? Si ___ No ___

¿Recibió alguna información de la compañía de seguro (es decir a dónde enviar cuentas médicas)?
Si ___ No ___

Nombre de su compañía de seguro _____ Núm. de reclamo: _____

Nombre del ajustador(a): _____ Núm. de teléfono: _____

¿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 DE LOS TESTIGOS

Hubo testigos al accidente? Si ___ No ___

Favor de listar los testigos que vieron el accidente.

Nombre: _____ Núm. de teléfono: _____

Nombre: _____ Núm. de teléfono _____

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 de empleador: _____

Dirección de 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 ___

¿Está trabajando ahora? Si ___ No ___

¿ Está recibiendo compensación al trabajador? Si ___ No ___

¿Está recibiendo seguro de discapacidad? Si ___ No ___ ¿Por cuántos días?: _____

¿Nombre del doctor quien dijo que no puede trabajar? _____

Dirección del Doctor:

Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____ Núm. de teléfono _____

Gracias por tomar el tiempo para llenar este documento. 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.