

## **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 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: \_\_\_\_\_

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

<b>CENTROS MEDICOS</b>	<b>Nombre Completo</b>	<b>Número de teléfono /Dirección</b>
Departamento de Emergencia:		
Hospital		
Centro de imaginería (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.*