

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: _____

¿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******

Por 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 DEL ACCIDENTE

Fecha: _____ Hora: _____ Ubicación: _____

¿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 ___

Nombre del hospital: _____

Hubo otras personas en el accidente? Si ___ No ___ Fueron lastimados? Si ___ No ___

¿Fueron ellos transportados al hospital? 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 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? _____

¿Estuvo trabajando? Sí ___ No ___ ¿Qué hacía usted en aquel momento del accidente? _____

¿Describa lo que sucedió, cómo fue herido usted? _____

Favor de listar cualquier accidentes PASADOS de automóviles que usted ha estado en, un reclamo de Compensación al Trabajador que ha archivado, o los reclamos de cualquier otro tipo que usted ha estado involucrado (la fecha de incidente, el tipo de heridas, premios financieros recibieron) :

¿Tiene alguna herida previa a las partes mismas o semejantes del cuerpo que acerca de herido en este accidente? Sí ___ No ___ En caso afirmativo, favor de describirlo:

INFORMACION DE TESTIGOS

¿Hubo testigos al accidente? Si ___ No ___

Favor de listar testigos, incluyendo todas las personas a dentro del carro con usted y donde estuvieron sentados, y cualquier testigos del accidente afuera del carro. En una oración breve que alguien podrían decir de su parte y cómo podrían explicar cómo sus heridas le han afectado.

Nombre: _____ Número de teléfono: _____

Nombre: _____ Número de teléfono: _____

Nombre: _____ Número de teléfono: _____

INFORMACION DE LA COMPAÑIA

¿Ha notificado su empleador acerca del accidente? Si ___ No ___ Cuando? _____

¿A quién usted reportó sobre su accidente? _____

¿Cómo? _____

¿La compañía de seguro de compensación al trabajador le ha comunicado con usted?

Si ____ No ____

Nombre de la compañía de seguro de su caso de compensación al trabajador: _____

Núm. de compensación al trabajador: _____ Núm. de reclamo: _____

Nombre del ajustador: _____

¿Ha recibido correo de cualquier compañía de seguro o la Division de Compensación al Trabajador hacienda preguntas acerca del accidente? Si ____ No ____

¿Ha recibido documentos de su empleador, la compañía de seguro o la Division de Compensación al Trabajador? (Asi como un Notice of Contest, Admisión General de Liabilidad, o Admission Final de Liabilidad?)

Si ____ No ____

En caso afirmativo, ¿cuándo? _____

¿Alguién ha tomado su declaración grabada? Si ____ No ____

En caso afirmativo, ¿Quién lo tomó? _____

¿Cuándo? _____

¿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

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 _____

Empleador(es) de Antes -dentro de 12 meses? _____

Ingresos de esa posición: \$ _____ por _____

¿El accidente afectado su habilidad hacer su trabajo? Si ___ No ___

¿Por causo del accidente, ha perdido tiempo del trabajo? Si ___ No ___

¿Por cuántos días? _____ ¿Está trabajando ahora? Si ___ No ___

¿Recibiendo compensación al trabajador por días perdidos? Si ___ No ___

En caso afirmativo, ¿cómo? _____

¿Está recibiendo beneficios/dinero de otra seguridad que no es seguridad de la compensación al trabajador? Si ___ No ___

¿Por cuántos días?: _____

Nombre del doctor quien dijo que no puede trabajar: _____

Dirección del Doctor:

Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____ Número de teléfono: _____

INFORMACION ACERCA DE SUS LASTIMADURAS

Favor de listar problemas/síntomas médicas o físicas usted cree fue causado por el accidente:

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

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

Favor de describirlo: _____

¿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: _____

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

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

¿Le avisó el empleador o la compañía de seguro donde puede recibir tratamiento?

Si ___ No ___

¿Le dieron un documento proviendo los médicos donde puede recibir tratamiento?

Si ___ No ___

¿Su tratamiento has sido pagado? Si ___ No ___

¿Tiene cuentas no pagadas? Si ___ No ___

¿Le han dolido los ojos desde el accidente?? Si ___ No ___

¿Le han dolido los oídos, llamar parecido, congestionado o tenido en ellos? Si ___ No ___

¿Ha tenido ratos mareados o un sentimiento que el cuarto gira? Si ___ No ___

¿Ha tenido dolor o rigidez en la mandíbula desde el accidente? Si ___ No ___

¿Ha advertido un "clic" o el cogido en la mandíbula desde el accidente? Si ___ No ___

¿Ha tenido dolores de cabeza por causo del accidente? Si ___ No ___

Favor de describir los dolores de cabeza (dull or fuerte, duración, con qué frecuencia, cuánto tiempo):

¿Con qué frecuencia tiene dolores de cabeza? _____

¿Cuánto tiempo dura los dolores de cabeza? _____

¿Le duele las espalda por causo del accidente? Si ___ No ___

¿Cuál parte de la espalda? _____

¿Con qué frecuencia le duele las espalda? _____

¿Le duele el cuello por causo del accidente? Si ___ No ___

¿Ha advertido un "golpetazo" o moler sonido en el cuello? Si ___ No ___

¿Con qué frecuencia le duele el cuello? _____

¿Ha tenido dolores in los brazos o las piernas desde el accidente? Si ___ No ___

¿Dónde está el dolor? _____

¿Ha dormido los brazos o las piernas desde el accidente? Si ___ No ___

¿Dónde? _____

Desde el accidente, ha tenido problemas con algunos de la siguiente?

- | | |
|--|---------------|
| La pérdida de olfato | Si ___ No ___ |
| Cambie en su olfato | Si ___ No ___ |
| Cambie en su visión | Si ___ No ___ |
| Cambie en su audición | Si ___ No ___ |
| Debilidad de músculo | Si ___ No ___ |
| Moleste andar | Si ___ No ___ |
| Los problemas que dejan caer cosas | Si ___ No ___ |
| Sensacions de hormigueo | Si ___ No ___ |
| Problemas de coordinación | Si ___ No ___ |
| Equilibre problemas | Si ___ No ___ |
| Temblores o inestabilidad | Si ___ No ___ |
| Mareo | Si ___ No ___ |
| Vomitir | Si ___ No ___ |
| El apagón deletrea | Si ___ No ___ |
| Desvanecimientos | Si ___ No ___ |
| Ataqué or síncope | Si ___ No ___ |
| Los períodos donde usted pierde tiempo | Si ___ No ___ |
| Los sentimientos de ser aturdido | Si ___ No ___ |
| Hallucinaciones | Si ___ No ___ |
| Ilusiones: | Si ___ No ___ |
| Cambie en el apetito, cualquiera más o menos | Si ___ No ___ |

¿Jamás ha tenido usted o fue diagnosticado como teniendo cualquiera del siguiente?

- | | |
|----------------------------|---------------|
| Infecciones serias | Si ___ No ___ |
| Diabetes | Si ___ No ___ |
| Problemas de hígado | Si ___ No ___ |
| Problemas de riñones | Si ___ No ___ |
| Los problemas con arterias | Si ___ No ___ |
| Derrame en cerebral | Si ___ No ___ |
| Alta presión sanguinia | Si ___ No ___ |
| Problemas de corazón | Si ___ No ___ |
| Problemas de sangre | Si ___ No ___ |
| Cáncer | Si ___ No ___ |

Favor de listar las cirujías ha tenido antes del accidente.

Fecha	Cirujía	Doctor	Hospital
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

OTRAS AREAS AFFECTADO POR EL ACCIDENTE

¿Desde el accidente, ha seguido con actividades alrededor de la casa, aunque has sido difícil or ha causado dolor? Si ___ No ___

¿Desde el accidente, Ha quitado de hacer cosas que ha disfrutado de hacer (asi como deportes, jardinería, viajar) porque es muy difícil or le causa dolor? Si ___ No ___

¿Qué cosas no puede hacer ahora por causa del accidente? _____

¿Desde el accidente, ha tenido problemas con la siguiente?:

Las escenas retrospectivas al accidente?	Si ___ No ___
Pesadillas?	Si ___ No ___
Pensamiento Intrusivos?	Si ___ No ___
Temor de conducir?	Si ___ No ___

¿Desde el accidente, tiene su apetito sexual cambiado? Si ___ No ___
En caso afirmativo, está?: Más ___ Menos ___

Desde el accidente, ha tenido problemas con:

Estress, tensión or músculos tensos	Si ___ No ___
Enojo or keeping your temper	Si ___ No ___
Controlando sus acciones	Si ___ No ___

Desde el accident, tiene:

Fatiga física	Si ___ No ___
Duerma alborotos	Si ___ No ___
Difícil dormir or permanecer dormido	Si ___ No ___
Despertando demasiado temprano	Si ___ No ___
Tendencia dormir tiempos anormales	Si ___ No ___

¿Bebe alcohol? Si ___ No ___ ¿Cúantas bebidas al día? _____

¿Es más or menos que antes del accidente? Más ___ Menos ___ Lo Mismo _____

¿Usted usa las drogas de recreación? Si ___ No ___

¿Qué drogas usa usted? _____

¿Es esto más o menos que antes del accidente? Más ___ Menos ___ Lo Mismo _____

¿Jamás ha sido usted adicto a alguna droga? Si ___ No ___

¿Qué drogas? _____

Desde el accidente, ha tenido problems con la siguiente?

Usa de herramientas	Si ___ No ___
Distinguir derecha de izquierda	Si ___ No ___

Vestiéndose	Si ___ No ___
Acordándose de cosas	Si ___ No ___
Comprendiendo Otros	Si ___ No ___
Seguir una conversación	Si ___ No ___
Conversación	Si ___ No ___
Leyendo	Si ___ No ___
Escribiendo	Si ___ No ___

Desde el accidente:

Piérdase a menudo	Si ___ No ___
Se olvide de su lugar	Si ___ No ___
Se olvide del tiempo o día	Si ___ No ___
Se olvide de citas o reuniones	Si ___ No ___

Desde el accidente, parece a usted:

No puede pensar como rápidamente ya	Si ___ No ___
Encuentre que pensar duramente claramente	Si ___ No ___
Son más fácilmente distraído	Si ___ No ___
Tenga problemas con "sentido común"	Si ___ No ___
Llegue a ser confuso fácilmente	Si ___ No ___
No puede planear actividades así como antes	Si ___ No ___
No puede aprender nuevas cosas	Si ___ No ___
Tenga dificultad con nuevas situaciones	Si ___ No ___

Desde el accidente:

Oiga sonidos excepcionales	Si ___ No ___
Vea cosas excepcionales	Si ___ No ___
Tenga sentimientos extraños	Si ___ No ___
Tenga los pensamientos extraños	Si ___ No ___
Piense de suicidio	Si ___ No ___
Tratado de suicidarse	Si ___ No ___
El plan para suicidarse	Si ___ No ___
Tenga nuevas fobias	Si ___ No ___

Desde el accidente, ha sentido:

Deprimido	Si ___ No ___
Ansioso or ataques de pánico	Si ___ No ___
Preocupación de si mismo	Si ___ No ___
Impulsivo	Si ___ No ___
Necesidad de gratificación	Si ___ No ___
Enajenado de otros	Si ___ No ___
Anti-social	Si ___ No ___
Incooperativo	Si ___ No ___
Apático o remoto con otros	Si ___ No ___
Obsessivo acerca de cosas:	Si ___ No ___

¿Ha sufrido una lastimada de cabeza en el pasado? Si ___ No ___

En caso afirmativo, favor de describir cuando y como pasó:

¿Hay algo más que usted cree que debemos saber?

Gracias por tomar el tiempo para llenar este documento. Aunque lleva mucho tiempo para cumplirlo, nos provee información valorosa 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.