

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 de haya una emergencia y no podemos alcanzarle a usted).

Nombre: _____ Núm. de teléfono: _____

INFORMACION DEL ACCIDENTE

Fecha: _____ Hora: _____ Ubicación: _____

¿Qué fue el tiempo como (Sunny, llover, nevar, etc.)? _____

¿Como qué fue las condiciones del camino? _____

Favor de contestar esas preguntas acerca del vehículo en que estuvo:

Marca del vehículo y modelo: _____

Número de matrícula: _____ ¿Quién posee el vehículo? _____

¿Fue usted manejando el vehículo? Si ___ No ___

¿Si fue un pasajero, en cuál asiento se sentó usted? _____

¿Dónde fue el daño al vehículo? Frente ___ Atrás ___
Lado Derecha ___ Lado Izquierda ___

¿Fue rota cualquier ventana? Si ___ No ___

¿Rompió cualquier asiento o se aflojó en el accidente? Si ___ No ___

¿Fue manejable el vehículo? Si ___ No ___

¿Tuvo puesto el cinturón? Si ___ No ___

Favor de contestar las preguntas acerca del **OTRO** vehículo:

Marca del vehículo y modelo:

Número de matrícula: _____ ¿Quién posee el vehículo? _____

Fue el otro vehículo un:

- ___ vehículo del gobierno, como un autobus
- ___ vehículo de la corporación, como furgoneta de reparto
- ___ equipo de construction, como un dump truck

¿Dónde fue al daño del otro vehículo? Frente ___ Atrás ___
Lado Derecho ___ Lado Izquierda ___

¿Fue rota cualquier ventana? Si ___ No ___

¿Fue manejable el vehículo? Si ___ No ___

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

Su nombre: _____ Núm. de teléfono: _____

¿Fue remolcado cualquier vehículo de la escena de accidente? Si ___ No ___

¿El vehículo de quién fue remolcado? ___ Suyo ___ Otro conducir

¿Cómo se llama la compañía que remolca? _____

¿Dónde fue remolcado su vehículo?

¿Fueron preparadas las estimaciones del daño en el vehículo en que estuvo? Si ___ No ___

¿A quién? _____ ¿Estimación de daño? _____

¿Fue reparado el vehículo? Si ___ No ___ ¿Quién lo reparó? _____

Favor de describir brevemente el 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: _____

¿Hubo otras personas en el vehículo? Si ___ No ___ ¿Fueron lastimados? Si ___ No ___

¿Fueron ellos transportados a la 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? _____

¿Publicó la le policía un boleto/citatorio? Si ___ No ___

¿Publicó la le policía al otro conductor un boleto/citatorio? Si ___ No ___

¿En su opinion, fue bajo la influencia de alcohol or drogas el otro manejador? Si ___ No ___

¿Hizo alguna 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? _____

Favor de listar accidents del auto del PASADO, o algún reclamo de accidente(s) de compensación al trabajador usted ha afilado or otros reclamos de cual quier tipo que usted ha sido involucrado.

INFORMACION DEL OTRO(A) MANEJADOR(A)

Nombre _____ Dueño del Vehículo: _____

Dirección: _____ Apto.: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo: _____

Número telefonico: (Casa) _____ (Trabajo) _____

La licencia del otro manejador(a): Número. _____ Vencimiento: _____

Si el otro vehículo fue un vehículo de la compañía:

Nombre del empleador: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo : _____

Número telefonico: _____

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 diga que ellos 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 DE SEGURO

***** Favor de proveer una copia de todas las reglamentos de seguro usted tiene si usted NO fue el manejador ni en su propio carro*****

Si usted fue el **MANEJADOR**:

¿Tiene seguro de carro? Si ___ No ___ ¿Ha notificado su compañía de seguro? Si ___ No ___

Nombre de su compañía de seguro: _____ Número de teléfono: _____

Número de reglamento de seguro: _____ Número de

reclamo: _____

Nombre del agente, ajustador(a) or equipo trabajando con usted: _____

Limites de su protección de seguro:

Automovilista no asegurado:

\$25,000/\$50,000 _____

\$50,000/\$100,000 _____

Daño de propiedad:

\$25,000/\$50,000 _____

\$50,000/\$100,000 _____

\$100,000/\$300,000 ___
\$250,000/\$500,000 ___

\$100,000/\$300,000 ___

¿Tiene su reglamento de seguro protección de pagos médicos? Si ___ No ___

La cantidad de protección de pagos médicos:

\$1,000	___	\$15,000	___
\$5,000	___	\$20,000	___
\$10,000	___	\$25,000	___

Si usted fue el **PASAJERO**:

¿Es asegurado el coche del conductor? Si ___ No ___ ¿Ha notificado el conductor su seguro? Si ___ No ___

Nombre de la compañía de seguro del manejador: _____

Número de telefono: _____

Núm. de política: _____ Núm. de reclamo: _____

Nombre del agente/ajustador del manejador? _____

Límites de reglamento de seguro de la seguridad de la persona:

Automovilista no asegurado:

\$25,000/\$50,000	___
\$50,000/\$100,000	___
\$100,000/\$300,000	___
\$250,000/\$500,000	___

Daño de propiedad:

\$25,000/\$50,000	___
\$50,000/\$100,000	___
\$100,000/\$300,000	___

Para el **OTRO MANEJADOR(A)**:

¿Su carro fue asegurado? Si ___ No ___ ¿Ha notificado la compañía de seguro? Si ___ No ___

El nombre de su compañía de seguros: _____ Número de teléfono: _____

Núm. de política: _____ Núm. de reclamo: _____

¿Nombre de su agente/ajustador(a)? _____

Límites de reglamento de seguro del otro manejador:

Alcance de obligación:

\$25,000/\$50,000	___
\$50,000/\$100,000	___
\$100,000/\$300,000	___
\$250,000/\$500,000	___

Daño de propiedad:

\$25,000/\$50,000	___
\$50,000/\$100,000	___
\$100,000/\$300,000	___

¿Ha sido contactado por su compañía de seguros? Si ___ No ___

¿Ha recibido una carta de cualquier otra compañía de seguros que hace preguntas acerca de este accidente? Si ___ No ___

¿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 SU TRABAJO

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

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 _____

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

¿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 quién 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 otras lastimaduras visibles causado por el accidente (por ejemplo, magulladuras, contusiones o 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(así 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 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 causa 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 causa del accidente? Si ___ No ___

¿Cuál parte de la espalda? _____

¿Con qué frecuencia le duele las espaldas? _____

¿Le duele el cuello por causa 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 sus brazos o piernas desde el accidente? Si ___ No ___

¿Dónde está el dolor? _____

¿Ha dormido los brazos o 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 de letrea	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 sanguínea	Si ___ No ___
Problemas de corazón	Si ___ No ___

Problemas de sangre
Cáncer

Si ___ No ___
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 hacienda cosas que 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:

Estréss, 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 ___
Vestíendose	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 valerosa 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.