

Accidentes de Automóviles Información del paciente

PACIENTE

Nombre Completo: _____ Seguro Social#: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Correo Electronico: _____ Teléfono: _____ Celular: _____

Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Total Numero de Hijos(as)? _____

Seleccione Uno: Casado(a) Soltero(a) Viudo(a) Divorciado(a) Separado(a) Juantado(a)

SOLO PARA MUJERES: Está usted o hay alguna posibilidad de que esté embarazada? Si No Insegura

Quien lo Refirió o cómo se enteró de nuestra oficina? _____

EMPLEADOR

Ocupación: _____ Empleador: _____ Telefono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

INFORMACIÓN DE ACCIDENTES

Fecha del accidente: _____ Hora: _____ Lugar: _____ Se notificó a la policía? Si No

Usted fue el: Manejador(a) asiento del acompañante asiento trasero del pasajero

Número de personas en su vehículo? _____ Estaba usando el cinturón de seguridad? Si No

Velocidad aproximada de su vehículo: _____ mph El otro vehículo: _____ mph

Usted estuvo inconsciente? Si No Si es así por cuánto tiempo? _____

Describe cómo se sintió durante el accidente? _____

Inmediatamente después del accidente? _____

Más tarde ese día? _____

Al día siguiente? _____

Te llevaron al hospital? Si No Si es así ¿dónde? _____ Por ambulancia? Si No

Has visto a otro médico para este accidente? Si No Si es así a quien? _____

Como resultado del accidente, está tomando medicamentos? Si No _____

Ha perdido tiempo del trabajo debido a este accidente? Sí No Que fechas? _____

Te pagaron por el tiempo perdido en el trabajo? Sí No Si es así porque? _____

Tiene un ABOGADO: Si No Si sí quien?: _____

Dirección: _____ Teléfono #: _____ Fax: _____

POLIZA y RECLAMOS

Su Aseguración _____ Teléfono#: _____ Nombre del Agente: _____

Nombre en Póliza _____ Póliza#: _____ Reclamo #: _____

Nombre del RESPONSABLE: _____ Teléfono: _____

Aseguración: _____ Teléfono#: _____ Nombre del Agente: _____

Nombre en Póliza _____ Póliza #: _____ Reclamo #: _____

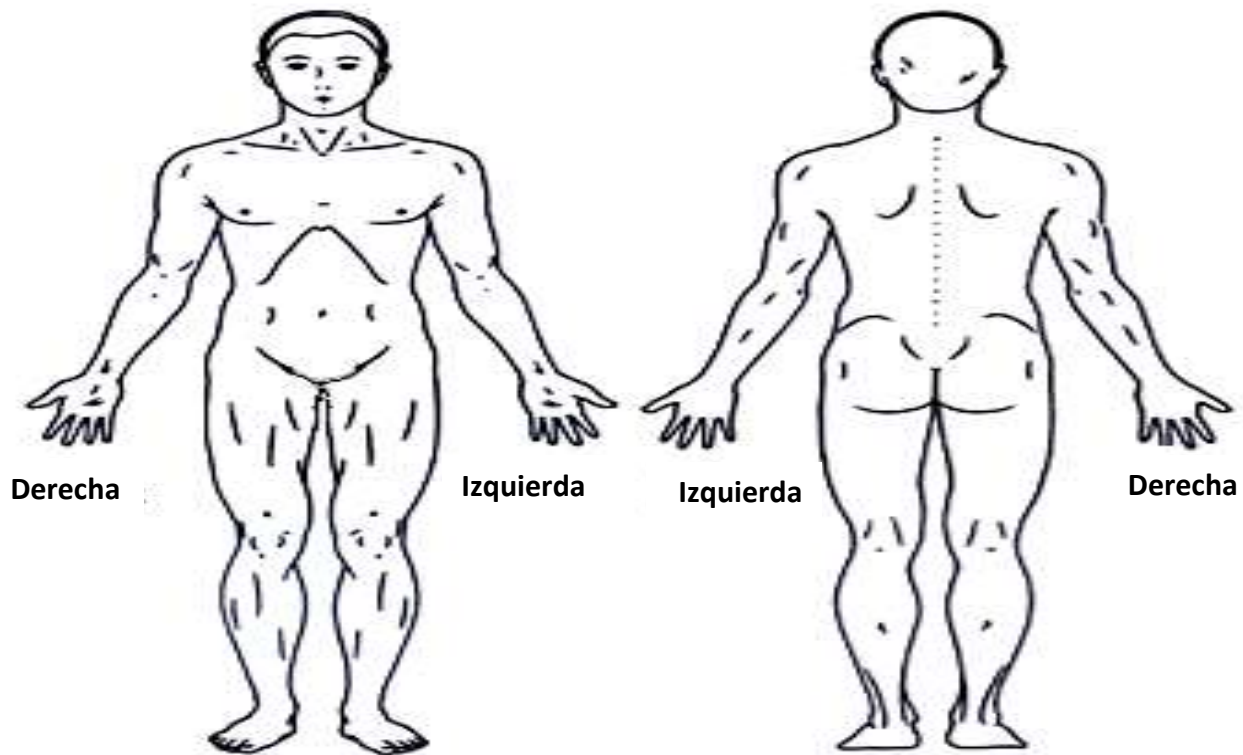
Cuáles son sus quejas actuales? _____

Desde que ocurrió el accidente sus síntomas estan Igual Mejor Peor

Tuvo algunas quejas físicas o enfermedades antes del accidente? Si No si es así por favor explique _____

Ha estado alguna vez involucrado(a) en un accidente antes? Si No Si es así por favor describa fechas, lesiones recibidas y qué tipo de accidentes: _____

Usando los símbolos de abajo, marca en las fotos donde y como siente el dolor o molestia



Marque el nivel de dolor, 0 significa nada de dolor y 10 significa el dolor severo. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Modelo y año de su carro? _____

Cantidad en daños a su carro? _____

Modelo y año del otro carro? _____

Yo autorizo el pago de seguros directamente a Steven R Davis DC y Davis Chiropractic facilitar toda la información necesaria para que cualquiera pueda comunicarse, para asegurar el pago de las prestaciones. Entiendo y acepto que todos los servicios prestados me pagan directamente a mí y que yo soy personalmente responsable del pago. También entiendo que si suspendo o termino mi cuidado y tratamiento, los servicios profesionales prestados conmigo será inmediatamente debido y pagado en completo. Entiendo que se cobran intereses sobre las cuentas vencidas a razón del 15% anual. Ley Estatal de California requiere que mantengamos sus radiografías. Las placas en sí es propiedad de esta oficina. Las placas se pueden prestar a otra oficina con sólo autorización.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Firma Autorizante Cuidado Guardian: _____ Fecha: _____