

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

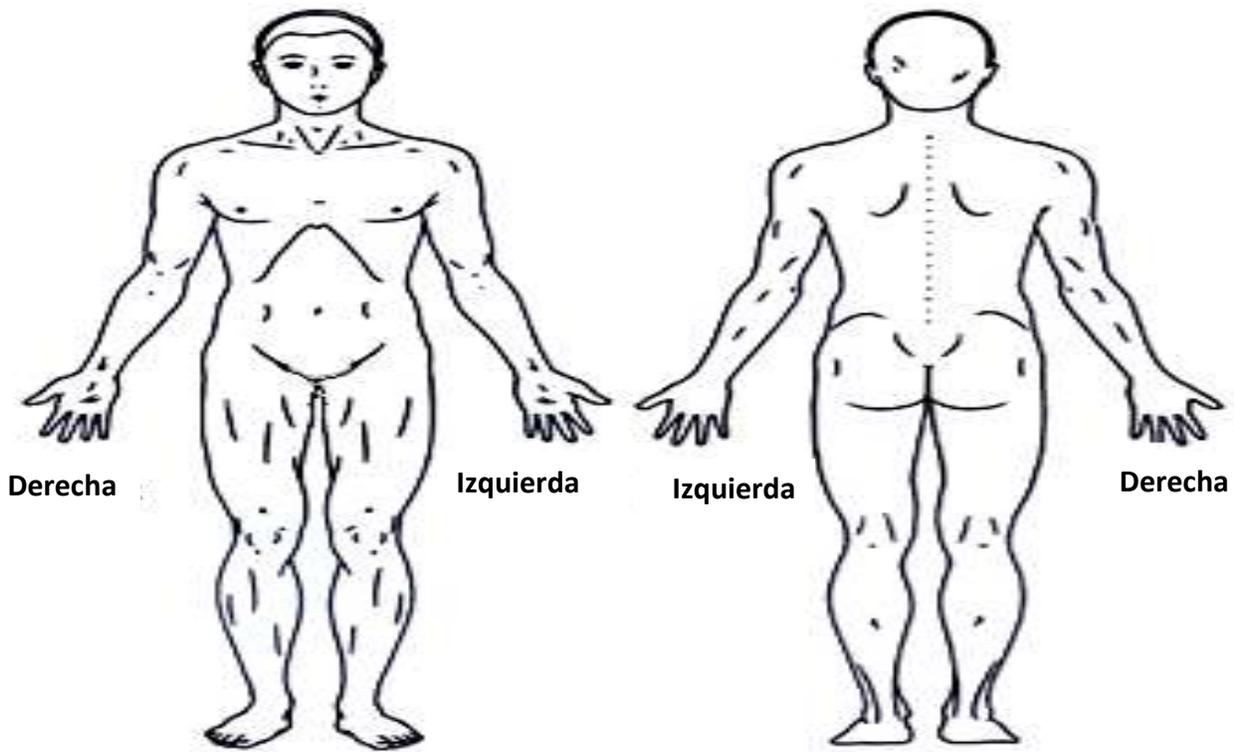
Cuáles son sus quejas actuales? \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_