

INFORMACION DEL PACIENTE

1) Numero de expediente _____ Dr. _____

2) Primer nombre del paciente _____ 3) Inicial o nombre medio _____

4) Apellido _____

5) Celular _____ 6) Telefono de casa _____

7) Telefono en caso de emergencia de conocido o pariente _____

Relacion con el paciente: _____ Nombre del conocido: _____

8) Direccion de su casa: _____

Ciudad y ZIPCODE _____ 9) Edad _____ Sexo _____ Estado civil (S C D)

(10) Numero de social sec. _____

11) Numero de ID _____

12) Ocupacion: _____ 13) Telefono trabajo _____

14) Nombre del empleador: _____

15) Direccion del trabajo: _____

QUE TIPO DE ACCIDENTE ES ESTE? CAIDA/ACCIDENTE DE TRABAJO/AUTO/OTRO: _____

QUE TAN FUERTE FUE EL DANO DE SU CARRO: MUCHO - POCO - MAS O MENOS

ESTIMADO DEL DANO DEL CARRO: _____

INFORMACION DE SU SEGURO DE AUTO: _____

Nombre de la compania de seguro: _____ poliza _____

Direccion: _____ Telefono: _____

INFORMACION DEL SEGURO DE LA PERSONA RESPONSABLE:

Nombre del asegurado _____ Police report: YES / NO

Nombre de la compania de seguro: _____ poliza _____

INFORMACION DEL ABOGADO:

Nombre del abogado: _____ Telefono: _____

Direccion: _____

Que es lo que mas le duele hoy? _____

16) Circule lo mas apropiado: Los sintomas desde que paso el accidente: A: Mejoran B: empeoran

C: No han cambiado D: van y vienen EL PRIMER SINTOMA OCURRIO: _____

17) Actividades que empeoran su condicion: A) PARARSE// B) CAMINAR// C) SENTARSE D) ACOSTARSE//
E) DOBLARSE// F) LEVANTAR OBJETOS// G) VOLTEAR// H) TOSER

18) Ha tenido estos sintomas antes? SI/NO CUANDO? _____

Ha tenido otros accidentes, fracturas o casos anteriores, cuando? _____

19) Ha visto otro doctor antes de venir aqui por este accidente? _____

Nombre del doctor u hospital: _____ Cuando _____ Rayos X? _____

Diagnosis _____ Fracturas encontradas? SI / NO

Yo comprendo que las polizas de seguro y de accidentes son acuerdos entre las companias y el suscrito. Autorizo pago de mi poliza de seguro directamente a este doctor, entendiendo que se acreditaran a mi cuenta. Tambien comprendo que tambien soy responsable de pago por los servicios que me de esta oficina a menos que se hagan otros arreglos. Si suspendo el tratamiento, el proceso de coleccion por los servicios que se me dieron sera efectivo de inmediato, a menos que se hagan otros arreglos.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____