

VEHICLE ACCIDENT INFORMATION

Información del accidente del vehículo

PATIENT INFORMATION/ Información del paciente

Date _____ Home Phone _____
Fecha Tel. Casa
 Name _____ Soc. Sec # _____ Work Phone _____
Nombre Seguro Social Tel. Trabajo
 Address _____ City _____ State _____ Zip _____ Sex M F
Dirección Ciudad Estado Código postal Sexo M F
 Age _____ Birthdate _____ Single _____ Married _____ Date your pain began _____ Did it occur suddenly _____ or gradually _____
Edad Fecha de nacimiento Soltero/a Casado/a Fecha del comienzo de su dolor Le ocurrió repentinamente o gradualmente
 Patient Employed by _____ Occupation _____ Number of years doing current job _____
Paciente empleado por Ocupación Cuántos años tiene en este trabajo

In case of emergency who should be notified? _____ Relationship _____ Phone _____
En caso de emergencia a quien se le notificará Relación Teléfono

ACCIDENT INFORMATION/ Información sobre el accidente

Date of accident _____ Time _____ Am Pm
Fecha del accidente Tiempo Am Pm
 City _____ # of persons in your vehicle _____
Ciudad Número de personas en su vehículo
 Were you the driver passenger Pedestrian
Usted era el conductor pasajero peatón
 Did your vehicle strike another vehicle after impact Yes No
Después del impacto, su vehículo choco a otro vehículo? Sí No
 How many times was your vehicle struck _____
Cuántas veces recibió el impacto su vehículo?
 You were hit from the rear front right side left side
Recibió el impacto por: atrás enfrente lado izquierdo lado derecho
 Were you prepared for the impact Yes No
Estaba preparado/a para el impacto? Sí No

Who was cited You The driver of your vehicle The driver
Quien fue citado Usted El conductor de su vehículo El otro
 of the other vehicle How fast were you going _____
conductor del vehículo Que tan rapido iba
 You were headed South North East West
Usted se dirigía: Sur Norte Este Oeste
 on _____ St Ave Rd in _____
en Calle Ave Camino en
 Describe your symptoms immediately after the accident:
Describe los síntomas inmediatamente del accidente:

INITIAL CARE RECEIVED/ Cuidado inicial recibido

Were you treated at the scene of the accident? Yes _____ No _____ By whom? _____
Recibió tratamiento en la escena del accidente? Sí No Por quien?

What did they do? _____ Where did you go immediately after the accident? _____
Que le hicieron A donde fue inmediatamente después del accidente?

Have you lost time from work? Yes _____ No _____ How many days lost? _____ Dates from _____ Thru _____
A perdido tiempo en su trabajo Sí No Cuántos días ha perdido Desde la fecha de Hacia

Have you gone to the emergency room for this condition? Yes _____ No _____ Date _____ Where _____
A sido al cuarto de emergencia por esta condición?(estado) Sí No Fecha Dónde

Have you been hospitalized for this condition? Yes _____ No _____ Date _____ Which hospital _____
A usted sido hospitalizado por esta condición (estado) Sí No Fecha Que hospital

Have you seen any other doctors for this condition? Yes _____ No _____ Date _____ Dr. _____
A visto algún otro doctor/a por esta condición (estado) Sí No Fecha Doctor

Address _____ City _____ State _____ Zip _____ Phone _____
Dirección Ciudad Estado Código postal Teléfono

PRESENT SYMPTOMS/ Síntomas presentes

CIRCLE WHICH APPLIES *Circule el qué aplica*

Pain <i>Dolor</i>	Stiffness <i>Tieso</i>	Tingling <i>Hormigueo</i>	Numbness <i>Entumecimiento</i>	
P S T N	P S T N	P S T N	P S T N	Neck <i>Cuello</i>
P S T N	P S T N	P S T N	P S T N	Mid back <i>Espalda</i>
P S T N	P S T N	P S T N	P S T N	Low back <i>Cintura</i>
P S T N	P S T N	P S T N	P S T N	Shoulder <i>Hombro</i>
P S T N	P S T N	P S T N	P S T N	Arm <i>Brazo</i>
P S T N	P S T N	P S T N	P S T N	Hand <i>Mano</i>
P S T N	P S T N	P S T N	P S T N	Hip <i>Cadera</i>
P S T N	P S T N	P S T N	P S T N	Knee <i>Rodilla</i>
P S T N	P S T N	P S T N	P S T N	Chest <i>Pecho</i>
P S T N	P S T N	P S T N	P S T N	Head <i>Cabeza</i>

ADDITIONAL SYMPTOMS *Síntomas adicionales*

Headache *Dolor de cabeza* Fatigue *Fatiga*
 Tension *Tensión* Insomnia *Insomnio*
 Dizziness *Mareos* Irritability *Irritable*
 Nervousness *Nerviosismo*

AGGRAVATED BY *Agravados por*

Lifting *Levantarse* Walking *Caminando*
 Bending *Agacharse* Sitting *Sentarse*
 Standing *Pararse* Lying down *Acostarse*

OTHER _____
Otras

VEHICLE INSURANCE INFORMATION/ Información de la aseguranza del vehículo

Insurance company name (of your vehicle) _____ Phone _____
Nombre de la compañía de aseguranza de su vehículo *Teléfono*

Insured's name _____ Phone _____
Nombre del asegurado *Teléfono*

Address _____ City _____ State _____ Zip _____
Dirección *Ciudad* *Estado* *Código postal*

Adjustor _____ Claim # _____ Policy # _____
Agente *Número de demanda* *Número de póliza*

Have you contacted the insurance company? Yes No Date _____ Who did you speak with _____
Se a comunicado con su aseguranza? *Sí* *No* *Fecha* *Con quien hablo*

Have you been contacted by the insurance company? Yes No Date _____ Who did you speak with _____
La aseguranza se a comunicado con usted? *Sí* *No* *Fecha* *Con quien hablo*

OTHER VEHICLE INSURANCE INFORMATION/ Información sobre la otra aseguranza

Insurance company's name _____ Phone _____
Nombre de la compañía de aseguranza *Teléfono*

Insured's name _____ Phone _____
Nombre del asegurado *Teléfono*

Driver's name _____ Phone _____
Nombre del conductor *Teléfono*

Address _____ City _____ State _____ Zip _____
Dirección *Ciudad* *Estado* *Código postal*

Adjustor _____ Claim # _____ Policy # _____
Agente *Número de demanda* *Número de póliza*

Have you contacted the insurance company? Yes No Date _____ With whom did you speak _____
Se a comunicado con su aseguranza? *Sí* *No* *Fecha* *Con quien hablo*

Have you been contacted by the insurance company? Yes No Date _____ with whom did you speak _____
La aseguranza se a comunicado con usted? *Sí* *No* *Fecha* *Con quien hablo*

GROUP HEALTH INSURANCE INFORMATION/ Información sobre la aseguranza de salud

Company's name _____ Phone _____
Nombre de la compañía *Teléfono*

Insured's name _____ Phone _____
Nombre del asegurado *Teléfono*

Address _____ City _____ State _____ Zip _____
Dirección *Ciudad* *Estado* *Código postal*

(If applicable) Group # _____ Policy # _____ Plan # _____
(Si aplica) Grupo número *Poliza número* *Plan número*

ATTORNEY INFORMATION/ Información sobre el abogado

Attorney's name _____ Phone _____
Nombre del abogado/a *Teléfono*

Address _____ City _____ State _____ Zip _____
Dirección *Ciudad* *Estado* *Código postal*

ASSIGNMENT OF BENEFITS/ Beneficios de asignación

I authorize payment of the benefits relating to this claim to be paid directly to: [_____]
Yo autorizo el pago de los beneficios relacionados a esta demanda para que sea pagada directamente a:

I clearly understand and agree that all services rendered me are charged directly to me and that I am personally responsible for payment. I also understand that if I suspend or terminate my care and treatment, any fees for professional services rendered me will be immediately due and payable.
Yo entiendo claramente y estoy de acuerdo que todos los servicios que se me hagan sean cobrados directamente a mi; yo personalmente me hago responsable por el pago. También entiendo que si yo paro o suspendo mi tratamiento y cuidado de los servicios profesionales hacia mi persona serán inmediatamente pagados.

Patient's Signature _____ Date _____
Firma del paciente *Fecha*