

QUESTIONARIO DE ACCIDENTE DE VEHICULO

Esta información es estrictamente confidencial. Sus respuestas nos ayudaran a determinar si el cuidado quiropráctico será beneficioso para usted. Por favor use letra de molde y sea tan correcto como sea posible. Gracias.

INFORMACION DEL PACIENTE

NOMBRE Apellido		Primero	Medio	Teléfono		Fecha
Dirección			Ciudad		Estado	Código Postal
Seguro Social	Edad	Fecha de Nacimiento	Sexo	Estado Marital	# De Hijos/as	
Trabajo		Dirección			Teléfono	
Ocupación		¿Quien Lo Refirió A Nuestra Oficina?				

INFORMACION DE SEGURO

Su Compañía de Seguro		Numero De Póliza	Numero De Demanda
Nombre del Conductor del Otro Carro		Compañía de Seguro de ese Vehículo	Numero de Póliza
Nombre de Del conductor de su Vehículo		Compañía de Seguro de su Vehículo	Numero De Póliza
Nombre de la Persona del seguro que hizo el arreglo			Teléfono

INFORMACION DEL ACCIDENTE

Describa los detalles del accidente y como ocurrió:

Hora y Fecha del Accidente:		FUE LA POLICÍA NOTIFICADA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Su Vehículo viajaba <input type="checkbox"/> Norte <input type="checkbox"/> Sur <input type="checkbox"/> Oeste <input type="checkbox"/> Este		<input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Carretera	
Otro Vehículo Viajaba <input type="checkbox"/> Norte <input type="checkbox"/> Sur <input type="checkbox"/> Oeste <input type="checkbox"/> Este		<input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Carretera	
Su Vehículo fue Chocado en: (circule uno) Frente Atrás Lado del Conductor Lado del Pasajero		Usted Era (circule uno) Conducto Pasajero Asiento Delantero Asiento Trasero	Estaba usando cinturón de seguridad? Si No
Estuvo inconsciente? Si su respuesta es si: Cuanto tiempo? No Si		A Donde fue llevado después del Accidente?	
Áreas exactas del dolor después del accidente:			
¿Que Tratamiento Recibió?			
¿Que Diagnostico le fue dado?			
Nombre Del Doctor?		¿Que tan seguido Fue con ese Doctor?	
Si consulto otro Doctor por favor de su nombre, dirección, y teléfono			
Tenia lesiones o síntomas anteriores en las mismas áreas, si si por favor explique:			
A Contratado a un Abogado? SI si por favor de el Nombre, Dirección, y Teléfono:			
¿Ha esta lesión restringido su trabajo? Por Favor Explique:			
Antes de esta lesión, era usted capaz de trabajar igual que los otros de su edad?		Desde esta lesión están sus síntomas:	
SI NO		Mejorando Igual Empeorando	

