



CUESTIONARIO – LESIONES PERSONALES

Fecha y Hora de la Cita: _____

INFORMACION PERSONAL:

Nombre: _____

Domicilio: _____

Teléfono celular: _____ Teléfono alternativo: _____

Correo Electronico: _____

Fecha de nacimiento: _____

Idioma primario: _____ Necesita Interpretación? _____

¿Tiene un Smartphone (teléfono inteligente)? _____

¿Utiliza mensajes de texto? _____

Contacto de Emergencia (Nombre, Relación, Número de Celular):

Cómo escucho de nuestra oficina? _____

Usted está representado/a por un abogado? Si así es, incluya aquí el nombre, número telefónico, y dirección del abogado:

INFORMACION DE LA PERSONA QUE CAUSO EL ACIDENTE:

Indique el nombre, dirección, número telefónico y correo electrónico de las personas, negocio, o empresa que es responsable por sus lesiones:

Indique el nombre, dirección, número telefónico y numero de póliza/número de reclamo de su compañía de aseguranza _____

Indique el nombre, dirección, número telefónico y correo electrónico del ajustador asignado a su caso: _____

¿Tiene un abogado/a? ¿Si es así, por cuanto tiempo y por qué está buscando consejo legal adicional? _____

SU ASEGURANZA DE AUTOMOVIL

Indique el nombre y dirección de su aseguranza de automóvil:

Cuál es su número de póliza? _____

Cuál son los límites de su aseguranza?: _____

SU ASEGURANZA DE SALUD

Indique el nombre, dirección y número telefónico de su aseguranza de salud:

Si usted tiene cobertura de Medicare o Medí-Cal, por favor indíquelo aquí:

DESCRIPCION DEL ACCIDENTE

Donde y cuando ocurrió el accidente?: _____

De dónde viajaba y a dónde iba? _____

Como estaba el clima?: _____

Cómo ocurrió el accidente? _____

Indique el nombre, dirección, número telefónico y correo electrónico de cualquier testigo / persona que vio el accidente: _____

Llego la policía? Si contesto "si" – indique el número de caso/reporte:

Indique el nombre y teléfono de la agencia de policía que llegó al accidente:

LESIONES Y TRATAMIENTO

Describa todas las lastimaduras y condiciones médicas causadas por el accidente:

Indique el nombre, dirección y número telefónico de todos las clínicas, hospitales y doctores que la han atendido desde su accidente: _____

Que pagos ha hecho a clínicas, hospitales o doctores a causa su accidente?:

Ha tenido otros accidentes en los últimos 20 años? _____ Si contesto "si" - de una breve explicación del accidente, y liste los doctores que visito: _____

PERDIDA DE GANANCIAS

Identifique sus empleadores desde 1 año antes del accidente, al presente:

(1) Empleador: _____ Título profesional: _____

Fechas de empleo Desde: _____ Hasta: _____

Describa sus deberes: _____

Su sueldo? ____ Horas trabajadas al día? ____ Horas trabajadas a la semana? ____

(2) Empleador: _____ Título profesional: _____

Fechas de empleo Desde: _____ Hasta: _____

Describa sus deberes: _____

Su sueldo? ____ Horas trabajadas al día? ____ Horas trabajadas a la semana? ____

Si ha perdido tiempo de trabajo a causa de su accidente, por favor indique las fechas: _____

Envíe esta forma completada a newclientinfo@ghitterman.com o tráigala con usted a su cita.