

AUTOMOBILE AND JOB INJURY INFORMATION

Name _____ Date _____ Telephone _____

Address _____ City _____ State _____ Zip _____

JOB INJURY INFORMATION: Date _____ Time _____ Injury reported to employer Yes No Date _____

Employer _____ Employer's Address _____

Description of Accident _____

AUTO ACCIDENT INFORMATION: Date _____ Time _____ Police report made? Yes No Date _____

Location _____

Were you struck from: Behind Right Side Left Side Front Were you: Driver Passenger

Description of Accident: _____

Were you injured? Yes No How? _____

Where? _____

Were you unconscious? Yes No Fractures _____ Cuts _____ Abrasions _____ Bruises _____

Patient taken to _____ Hospital for _____ treatment.

Confined to hospital for _____ Days _____ Hours. Name of hospital doctor _____

What are your present complaints: _____

What treatments have you received? _____

OTHER DOCTORS SEEN FOR THIS CONDITION: MD DC DO DDS

Doctor's Name _____ Diagnosis _____

X-rays _____ Urinalysis _____ Blood Tests _____ Other _____

Treatment: Pills _____ Shots _____ Traction _____ Physiotherapy _____

Results _____ Length of time under his care _____ Other _____

Have you had any problems as the result of the injury? _____

Were you off work? Yes No If so, how long _____

Have you returned to your same job? Yes No If not, why _____

HISTORY OF PRIOR INJURY, ILLNESS OR SURGERY: _____

Name of other party _____ Address _____

City _____ State _____ Phone _____

Their insurance company _____ Insurance Agent _____

ATTORNEY: Name _____ Address _____ Phone _____

Litigation: Yes No Maybe

INSURANCE INFORMATION:

Do you have any group, union or personal health and accident insurance? Yes No

Name of Insurance Company _____ Claim No. _____

Address _____ Agent _____

Patient's Signature: _____

INFORMACION SOBRE ACCIDENTES AUTOMOBILISTICOS Y DEL TRABAJO

Nombre _____ Fecha _____ Teléfono _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

DAÑOS DEL TRABAJO: Fecha _____ Tiempo _____ Daño reportado al empleador Yes No Fecha _____

Nombre del empleador _____ Su dirección _____

Descripción del accidente _____

INFORMACION SOBRE ACCIDENTE AUTOMOBILISTICO: Fecha _____ Tiempo _____ ¿Reporte hecho por la policía? Sí No

Lugar _____

Fué chocado por: Atrás Derecha Izquierda Frente Fué used: Conductor Pasajero

Descripción del accidente: _____

¿Fué lastimado? Sí No ¿Cómo? _____

¿Dónde? _____

¿Perdió el conocimiento? Sí No Fracturas _____ Cortes _____ Abrusiones _____ Contusiones _____

Paciente llevado a _____ Hospital para _____ tratamiento.

Esta día en el hospital por _____ Días _____ Horas. Nombre del médico en el hospital _____

¿Cuáles son sus quejas actuales?: _____

¿Que tratamiento ha recibido? _____

OTROS MÉDICOS VISITADOS PARA ESTA CONDICIÓN: MD DC DO DDS

Nombre del médico _____ Diagnóstico _____

Radiografía _____ Exámen de orinas _____ De sangre _____ Otro _____

Tratamiento: Píldoras _____ Inyecciones _____ Tracción _____ Fisioterapia _____

Resultados _____ ¿Por cuanto tiempo en el cargo del médico? _____ Otro _____

¿Ha tenido unos problemas como resultado de este accidente? _____

¿Faltó al trabajo? Sí No ¿Por cuanto tiempo? _____

¿Ha vuelto trabajar? Sí No Si no, ¿por qué no? _____

HISTORIA DE DAÑOS, ENFERMEDADES, CIRUGIA: _____

Nombre de la otra parte del accidente _____ Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Teléfono _____

Su compañía de seguros a él _____ El agente de su compañía _____

ABOGADO: Nombre _____ Dirección _____ Teléfono _____

Litigación: Sí No Quizás

INFORMACION DE SEGUROS:

¿Tiene usted seguros de cualquier tipo? Sí No

Nombre de la compañía de seguros _____ Número de demanda _____

Dirección _____ Agente _____

Firma del paciente: _____