

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____

DIRECCIÓN: _____

TELÉFONO: _____ Correo electrónico: _____

GÉNERO: _____ ESTATURA: _____ PESO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____

IZQUIERDO O DERECHO: _____ FECHA DEL ACCIDENTE/DOL: _____

ABOGADO O ADMINISTRADOR DE CASO NOMBRE: _____ TELÉFONO: _____

NOMBRE DEL ABOGADO/BUFETE DE ABOGADOS: _____ FAX: _____

ABOGADO/DIRECCIÓN DEL BUFETE DE ABOGADOS: _____

POR FAVOR, PROPORCIONE LA MAYOR INFORMACIÓN POSIBLE para que su caso pueda configurarse correctamente. En el Estado de Arizona, las leyes de seguros dicen que usted tiene derecho a facturar cualquier póliza de seguro bajo la cual tenga cobertura. En el caso de más de una cobertura de seguro, puede ocurrir un sobrepago. Solo necesitamos que nos paguen una vez, por lo que se le reembolsarán todos los sobrepagos en el momento en que se le dé de alta. Escriba sus iniciales si entiende este idioma. _____ (Iniciales) Hable con el personal de nuestra oficina si necesita más aclaraciones, ¡gracias!

SEGURO PRIMARIO (Cobertura de seguro de salud que tiene):

Nombre del asegurado: _____ Transportista: _____

ID #: _____ Grupo #: _____ Teléfono: _____

COBERTURA DE PAGO MEDICO (COBERTURA DE SEGURO INCLUIDA EN LA PÓLIZA DE SEGURO DE AUTOMÓVIL DEL AUTOMÓVIL EN EL QUE ESTABA EN EL ACCIDENTE) Esta cobertura es para cualquier lesión que pueda haberle ocurrido a cualquier persona en ese automóvil. Cubrirá cualquier cosa, desde un accidente automovilístico que haya sido o no tu culpa. El uso de esta parte de la póliza de automóvil NO PUEDE AUMENTAR SUS PRIMAS. De hecho, esta es exactamente la razón por la que se paga la cobertura "MED PAY" en una póliza de seguro de automóvil: para pagar las facturas médicas resultantes de un accidente. Escriba sus iniciales si entiende este idioma. _____ (Iniciales) Hable con el personal de nuestra oficina si necesita más aclaraciones, ¡gracias!

Titular de la póliza (propietario del automóvil que tiene la cobertura Med Pay) _____

Compañía de seguros: _____ Número de teléfono: _____

N.º de póliza: _____ N.º de reclamación: _____

Ajustador: _____ Teléfono: _____

Dirección del ajustador: _____

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL A TERCEROS (Seguro para la Persona que conducía el "otro automóvil")

Nombre del otro conductor: _____ Nombre del titular de la póliza: _____

Compañía de seguros: _____ Teléfono: _____

N.º de póliza: _____ N.º de reclamación: _____

Ajustador: _____ Teléfono: _____

Dirección del ajustador: _____

Por este incidente, ¿perdió el conocimiento? Sí _____ No _____ No estoy seguro _____

Por este incidente, ¿fuiste a un hospital? Si inmediatamente _____ Si despues _____ No _____

Para este incidente, ¿quién fue el primer médico que vio?

Nombre del médico: _____ Teléfono del médico: _____

Para este incidente, nombre cualquier otro médico que haya visto:

Nombre del médico: _____ Teléfono del médico: _____

Nombre del médico: _____ Teléfono del médico: _____

Para este incidente, ha tenido algún tratamiento de un quiropráctico: Sí _____ No _____

Nombre del quiropráctico: _____ Teléfono del quiropráctico: _____

Para este incidente, ha tenido algún tratamiento de un fisioterapeuta: Sí _____ No _____

Nombre del terapeuta: _____ Teléfono del terapeuta: _____

¿Alguna vez algún proveedor de atención médica le ha diagnosticado una conmoción cerebral antes de este incidente?

Sí _____ NO _____

En caso afirmativo, en los últimos 12 meses, ¿buscó algún consejo médico o algún tratamiento para esa conmoción cerebral anterior? Sí _____ NO _____ SI ES SÍ, DESCRIBA COMPLETAMENTE:

¿HA TOMADO ALGÚN MEDICAMENTO EN LAS ÚLTIMAS 72 HORAS? Sí _____ NO _____

SI SI, QUE TOMASTE? _____

¿HA CONSUMIDO ALCOHOL EN LAS ÚLTIMAS 72 HORAS? Sí _____ NO _____

SI SI: ¿CUÁNTO?

¿HA CONSUMIDO ALGUNA FORMA DE MARIHUANA EN LAS ÚLTIMAS 72 HORAS? Sí _____ NO _____

¿HA COMIDO UNA COMIDA GRANDE EN LAS ÚLTIMAS 2 HORAS? Sí _____ NO _____

¿HA TOMADO CAFÉ EN LAS ÚLTIMAS 4 HORAS? Sí _____ NO _____

TIPO DE ACCIDENTE: (círculo) CONDUCTOR PASAJERO PEATONAL TRABAJO OTRO: _____

¿QUIÉN GOLPEÓ A QUIÉN O QUÉ? (círculo) Su vehículo golpeó al otro vehículo El otro vehículo golpeó a su vehículo

OTRO (explique): _____

¿ESTABA LA POLICÍA EN LA ESCENA? Sí _____ NO _____

¿SE PRESENTÓ UN DENUNCIA POLICIAL? Sí _____ NO _____

¿ALGUIEN FUE ENTRADA? Sí _____ NO _____ SI ES SÍ, QUIÉN _____

VEHÍCULO: (círculo) AUTOMÓVIL SUV CAMIONETA CAMIONETA CAMIONETA GRANDE AUTOBÚS FURGONETA

OTRO: _____

FUE GOLPEADO DESDE: (círculo) DETRÁS DELANTERO LADO DEL CONDUCTOR LADO DEL PASAJERO

¿QUÉ ESTABA HACIENDO SU COCHE EN EL MOMENTO DEL ACCIDENTE? (círculo) Detenido en la intersección

Disminuyendo la velocidad Avanzando Detenido en el semáforo Detenido en el tráfico Estacionando Acelerando

Otro: _____

Velocidad de sus vehículos: _____ Velocidad de otros vehículos: _____

CONDICIONES DE LA CARRETERA AL MOMENTO DEL ACCIDENTE: (círculo)

HELADO MOJADO ARENA OSCURO LIMPIO Y SECO

VISIBILIDAD EN EL MOMENTO DEL ACCIDENTE: (círculo) Mala Regular Buena

¿DÓNDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE? _____ --- _____

¿NÚMERO DE PERSONAS EN SU VEHÍCULO? Tuya _____

¿A QUÉ DIRECCIÓN SE DIRIGIÓ? _____

¿EN QUÉ DIRECCIÓN SE DIRIGÍA EL OTRO VEHÍCULO? _____

DESCRIBA SUS LESIONES: _____

DESCRIBA EL INCIDENTE: _____

¿VISTE VENIR EL ACCIDENTE? Sí _____ NO _____

¿ESTABAS PREPARADO PARA EL IMPACTO? Sí _____ NO _____

¿TENÍAS CINTURÓN DE SEGURIDAD PUESTO? Sí _____ NO _____

¿TENÍA UN ARNÉS DE HOMBRO PUESTO? Sí _____ NO _____

¿SE DESPLIEGUEN LAS BOLSAS DE AIRE? Sí _____ NO _____

¿EL VEHÍCULO TENÍA APOYACABEZAS? Sí _____ NO _____

¿SE GOLPEÓ SU CABEZA CON EL INTERIOR DEL VEHÍCULO? Sí _____ NO _____ SI SÍ, DESCRIBA: _____

¿PERDISTE LA CONCIENCIA? Sí _____ NO _____ SI SÍ, ¿CUÁNTO TIEMPO? _____

¿A DÓNDE FUI DESPUÉS DEL ACCIDENTE? (círculo) DOMICILIO TRABAJO HOSPITAL MÉDICO PRIVADO

¿CÓMO LLEGASTE ALLÍ? (círculo) CONDUCE A SÍ MISMO ALGUIEN MÁS AMBULANCIA POLICÍA

¿RESONANCIA MAGNÉTICA O TC REALIZADA? SÍ _____ NO _____ SI SÍ, ¿DÓNDE? _____

¿PARTE DEL CUERPO? _____

¿TRABAJO DE LABORATORIO? SÍ _____ NO _____ SI SÍ, ¿DÓNDE? _____

ACCIDENTES ANTERIORES

¿Ha estado en accidentes antes de esto? SÍ _____ NO _____ En caso afirmativo, cuándo _____

¿Recibió tratamientos médicos? SÍ _____ NO _____

QUEJAS SUBJETIVAS

¿Desarrolló alguno de los siguientes síntomas o quejas en algún momento desde este incidente?

I = Inicialmente, dentro de las 72 horas del incidente

C = Actualmente, hoy

N = Nunca

Ansiedad I ____ C ____ N ____ Dolor de espalda I ____ C ____ N ____ Problemas de equilibrio I ____ C ____ N ____

Visión borrosa I ____ C ____ N ____ Confusión I ____ C ____ N ____ Depresión I ____ C ____ N ____

Dificultad para respirar I ____ C ____ N ____ Dificultad para realizar múltiples tareas I ____ C ____ N ____

Delirios I ____ C ____ N ____ Dificultad para mantener conversaciones/tareas I ____ C ____ N ____

Mareos I ____ C ____ N ____ Zumbido de oídos I ____ C ____ N ____

Debilidad de los músculos faciales I ____ C ____ N ____ Desmayos I ____ C ____ N ____ Fatiga I ____ C ____ N ____

Dolor de cabeza I ____ C ____ N ____ Pérdida auditiva I ____ C ____ N ____ Impulsividad I ____ C ____ N ____

Pérdida del olfato I ____ C ____ N ____ Pérdida del gusto I ____ C ____ N ____ Problemas de memoria I ____ C ____ N ____

Cambios de humor I ____ C ____ N ____ Náuseas I ____ C ____ N ____ Dolor de cuello I ____ C ____ N ____

Rigidez de cuello I ____ C ____ N ____ Nerviosismo I ____ C ____ N ____ Problemas neurológicos I ____ C ____ N ____

Pesadillas I ____ C ____ N ____ Dolor detrás de los ojos I ____ C ____ N ____ Ataques de pánico I ____ C ____ N ____

Falta de apetito I ____ C ____ N ____ Poca concentración I ____ C ____ N ____ Inquietud I ____ C ____ N ____

Sensibilidad a la luz I ____ C ____ N ____ Sensibilidad al sonido I ____ C ____ N ____

Problemas para dormir I ____ C ____ N ____ Problemas para encontrar palabras I ____ C ____ N ____