

CHIROPRACTIC DEL SOL

325 W McDowell Rd Phoenix, Az 85003

FORMA DE HISTORIA ACCIDENTE AUTOMOVILÍSTICO

NOMBRE: _____ FECHA: ____/____/____
Fecha Del Accidente: ____/____/____ Hora en que ocurrió: ____:____ AM/PM
Ciudad Del Accidente: _____ Calle Del Accidente: _____

Condiciones de la Carretera en el momento del accidente: MOJADO SECO CON HIELO OTRO

¿Hay un reporte policial? SÍ NO _____

Fue Ud. el: Conductor Pasajero

¿Fue Ud. al Hospital? SÍ NO

Si su respuesta es si, ¿cuál es el nombre del hospital? _____

¿Cómo llegó al hospital? _____

¿Qué partes de tu cuerpo fueron radiografiadas en el hospital? _____

¿Que hizo el hospital por sus heridas? _____

¿Cuánto tiempo se quedo en el hospital? _____

¿Sufrió algún corte o hemotóma sangrante durante este accidente? SÍ NO

Si su respuesta es sí, ¿donde? _____

¿Estaba conciente de que el vehiculo lo iba golpear o fue de sorpresa?

(POR FAVOR MARCAR UNA DE LAS DOS OPCIONES)

CONSCIENTE

SORPRESA

¿Perdió la consciencia (se desmayo) al impacto? SÍ NO

Si su respuesta es sí, ¿por cuanto tiempo estuvo desmayado(a)? _____

¿Experimentó un destello de luz o explosion en su cabeza? SÍ NO

Le volvio: (POR FAVOR MARCAR LAS OPCIONES QUE APLICAN)

MAREADO

CONFUNDIDO

DESORIENTADO

MAREADO LIGERAMENTE

NÁUSEAS

VISIÓN BORROSA

TIMBRE/ZUMBIDO EN EL OÍDO

Si todavía tiene alguno estos síntomas, ¿cuáles? _____

¿Está sufriendo algunos de los siguiente? (POR FAVOR MARCAR UNA DE LAS OPCIONES)

INQUIETUD

IRRITABLE

DIFICULTAD EN CONCENTRARSE

INSOMNIO

OLVIDO

DIFICULTAD CON LA MEMORIA

¿Estaba usando un cinturón de seguridad? SÍ NO

Si su repuesta es sí, ¿cuál clase de cinturón? (POR FAVOR MARCAR UNA DE LAS DOS OPCIONES)

CINTURÓN DE CINTURA

DEL HOMBRO Y CINTURA CINTURÓN

¿Recibio alguna lesión o moretón del cinturón de seguridad? SÍ NO

Si su respuesta es sí, describa: _____

¿Que tan alto esta el cabezera o el respaldo de la parte superior de la cabeza?

_____PULGADAS _____ARRIBA _____ABAJO

¿Al impacto, su cabeza fue hacia el frente? SÍ NO

Si no, ¿ en que dirección se dirigió? _____

Golpeaste tu cuerpo al momento del impacto? Que areas fueron golpeadas.

___ CABEZA	___ PECHO
___ HOMBRO (DERECHO)	___ HOMBRO (IZQUIERDO)
___ BRAZO (DERECHO)	___ BRAZO (IZQUIERDO)
___ CADERA (DERECHA)	___ CADERA (IZQUIERDA)
___ PIERNA (DERECHA)	___ PIERNA (IZQUIERDA)
___ RODILLA (DERECHA)	___ RODILLA (IZQUIERDA)
	___ OTRO

El año, la marca, y el modelo del vehiculo en el que se encontraba usted:

_____AÑO _____MARCA _____MODELO

¿Que es el costo estimado de los danos que sufrio su vehiculo? \$_____

¿Cuáles de las siguientes partes del auto se rompio durante el accidente?

(POR FAVOR MARQUE UNA DE LAS OPCIONES)

___PARABRISA ___ASIENTO DELANTERO ___VENTANA (DERECHA/IZQUIERDA)

___VOLANTE ___OTRO ___OTRO

¿Se detuvo su automóvil en el momento de impacto? SI NO

Si es así, ¿el pie del conductor estaba en el freno? SI NO

Si su respuesta es no, a que velocidad aproximadamente iba manejando el vehiculo? _____ MPH

Si su vehículo se estaba moviendo en el momento de el accidente, Era: (POR FAVOR MARQUE UNA DE LAS OPCIONES)

ESTABA REDUCIENDO LA VELOCIDAD AUMENTANDO VELOCIDAD VIAJANDO A UNA VELOCIDAD CONSTANTE

El Año, la Marca, y el Modelo de el otro Vehiculo:

_____AÑO _____MARCA _____MODELO

¿Estaba el otro vehiculo en movimiento en el momento de el accidente? SI NO

Si su repuesta es Sí, ¿A que velocidad aproximada? _____ MPH

Si el otro vehículo se estaba moviendo en el momento de la collision, era:

(POR FAVOR MARQUE UNA DE LAS OPCIONES)

ESTABA REDUCIENDO LA VELOCIDAD AUMENTANDO VELOCIDAD VIAJANDO A UNA VELOCIDAD CONSTANTE

Por favor describa, a lo mejor que pueda, lo que sucedió durante este accidente:

CHIROPRACTIC DEL SOL

325 W McDowell Rd Phoenix, Az 85003

AVISO DE DERECHO DE RENTENCIÓN DEL MÉDICO

Abogado/Ajustador

Paciente

Domicillio

Fecha de Nacimiento

Ciudad, Estado, Codigo Postal

Domicilio

Ciudad, Estado, Codigo Postal

Por la presente, autorizo Chiropractic Del Sol a proporcionarle a usted, mi Abogado/Ajustador, un informe completo de su examen, diagnóstico, tratamiento, pronóstico, etc., así mismo con respecto al accidente en el que estuve involucrado recientemente. Por la presente, le autorizo y le ordeno a usted, mi Abogado/Ajustador, que pagarle directamente a dicho médico las sumas que le sean debidas por el servicio médico prestado a mí, a causa de este accidente, y retener tales sumas de cualquier acuerdo, juicio o veredicto según sea necesario para proteger adecuadamente a dicho médico. Además por la presente, otorgo un Derecho de Rentención sobre mi caso a dicho médico contra cualquier producto de mi acuerdo, juicio o veredicto que pueda pagarle, mi Abogado/Ajustado, o yo mismo, como resultado de las lesiones por las cuales he sido tratado por lesiones relacionadas con el mismo.

Estoy de acuerdo en no rescindir este documento y que mi Abodago/Ajustador no aceptará la rescission. Por la presente, doy instrucciones de que en caso de que otro Abogado/Ajustador sea sustituido en este asunto, el nuevo Abogado/Ajustador honrará este Derecho de Rentención como inherente al acuerdo y ejecutable en el caso, como si fuera ejecutado por él.

Entiendo completamente que soy directa y totalmente responsable con dicho médico, por todas las facturas médicas presentadas por él, por el servicio prestado a mi, y que este acuerdo se realiza únicamente para la proteccion adicional de dicho médico, y en consideración de su pago pendiente. Además, tambien yo entiendo que dicho pago no está sujeto a ningún acuerdo, juicio o veredicto por el cual eventualmente pueda recuperar dicha tarifa. Por favor reconozca está carta firmado a continuación y regresando a la ofincina del doctor. Se me ha informado que si mi Abogado/Ajustador no desea cooperar en la protección de los intereses del médico, dicho médico no esperará el pago, pero puede declarar el saldo total adeudado y pagadero.

Fecha

Firma del Paciente

El abajo firmante es el Abogado/Ajustador del registro, para el paciente anterior, acuerda cumplir con todos los términos de lo anterior y acuerda retener tales sumas de cualquier acuerdo, juicio o veredicto, según sea necesario para proteger adecuadamente a dicho médico mencionado anteriormente. El Abogado/Ajustador además acuerda que en el evento de este Derecho de Rentención se litiga, a la parte ganadora recibirá honorarios de Abogados y costos.

Fecha

Firma del Abogado/Adjustador