

CHIROPRACTIC DEL SOL

1619 E. McDowell Rd. Suite B Phoenix, AZ 85006

FORMA DE ACCIDENTE AUTOMOVILÍTICO HISTORIA

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

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 le 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 le habia a 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

Baja tolerancia al calor o al alcohol, o alguna otra cosa/ otro: _____

¿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 cabezerao 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? _____

¿En qué parte del vehículo golpearon las siguientes partes del cuerpo?

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

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

_____ 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

1619 E. McDowell Rd. Suite B Phoenix, AZ 85006

AVISO DE DERECHO DE RETENCIÓN 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 Retención 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 Abogado/Ajustador no aceptará la rescisión. 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 Retención 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 protección adicional de dicho médico, y en consideración de su pago pendiente. Además, también 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 esta carta firmado a continuación y regresando a la oficina 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 Retención se litiga, a la parte ganadora recibirá honorarios de Abogados y costos.

Fecha

Firma del Abogado/Adjustador