

CLIENT INTERVIEW SHEET
ENTREVISTA DE CLIENTE

DATE/FECHA: _____

NAME/NOMBRE _____

AGE/ EDAD: _____ **DATE OF BIRTH/FECHA DE NACIMIENTO** _____

ADDRESS/ DOMICILIO _____

EMAIL/ CORREO ELECTRONICO _____

TELEPHONE/TELEFONO (Cell/Celular) _____ **(Home/Hogar)** _____

SOCIAL SECURITY NUMBER/NUMERO DEL SEGURO SOCIAL: _____

DRIVER'S LICENSE NUMBER/NUMERO DE LICENCIA: _____

TYPE OF CASE/TIPO DE CASO: _____

REFERRED BY/REFERIDO POR: _____

PRIOR RESIDENCES AND DATES/ RESIDENCIAS ANTERIORES Y FECHAS _____

NAME OF SPOUSE/NOMBRE DE ESPOSO _____ **AGE/EDAD** _____

EMERGENCY CONTACTS/CONTACTOS DE EMERGENCIA :

NAMES/NOMBRES	ADDRESSES/DOMICILIO	PHONES/TELEFONO
----------------------	----------------------------	------------------------

ACCIDENT INFORMATION/INFORMACION DEL ACCIDENTE:

DATE/FECHA: _____ **DAY/DIA:** _____ **TIME/HORA:** _____

LOCATION/LOCALIDAD: _____ **TYPE/TIPO:** _____

POLICE DEPARTMENT THAT INVESTIGATED THE ACCIDENT: _____

DEPARTAMENTO JUDICIAL QUE INVESTIGO EL ACCIDENTE: _____

ADDRESS / DOMICILIO : _____

TELEPHONE / TELEFONO: _____

POLICE REPORT #: _____ **Numero Reporte de Policia:** _____

INJURED BODY PARTS/PARTES DEL CUERPO LASTIMADAS: _____

DOCTORS, HOSPITALS, THERAPISTS, ETC., RELATED TO THIS ACCIDENT

(NAMES, ADDRESSES, TELEPHONE NUMBERS) / DOCTORES, HOSPITALES, TERAPEUTAS, ETC., RELACIONADO A ESTE ACCIDENTE (NOMBRES, DIRECCIONES, NUMEROS DE TELEFONO): _____

PRIOR ILLNESSES, HOSPITALIZATIONS, DOCTORS / ENFERMEDADES

ANTERIORES, HOSPITALIZACIONES, DOCTORES: _____

AGGRAVATION OF PRE-EXISTING CONDITION (ACTIVE OR DORMANT BEFORE?) / El AGRAVAMIENTO DE CONDICIÓN PRE-EXISTENTE (ACTIVO O INACTIVO ANTES?)_____

PRIOR CLAIMS/RECLAMOS ANTERIORES:_____

PRIOR ACCIDENTS/ACCIDENTES ANTERIORES:_____

PRIOR INJURIES/LECIONES ANTERIORES:_____
