

CLIENT INTERVIEW SHEET
ENTREVISTA DE CLIENTE

DATE/FECHA: _____

Email: _____

CLIENT'S NAME/NOMBRE DE CLIENTE _____

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 _____

EMPLOYER/EMPLEADOR: _____

ADDRESS / DOMICILIO : _____

OCCUPATION/OCUPACION: _____

DATES OF EMPLOYMENT/FECHAS DE EMPLEO _____

IF LEFT WHY/SI DEJO PORQUE: _____

HAVE YOU MISSED ANY WORK AS A RESULT OF THE ACCIDENT? _____

HA PERDIDO TRABAJO POR CAUSA DEL ACCIDENTE? _____

TOTAL HOURS OR DAYS MISSED TO DATE/TIEMPO PERDIDO EN TOTAL: _____

ARE YOU MARRIED? / ES CASADO?: _____ **LENGTH/TIEMPO:** _____

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:** _____

Report #: _____ **Numero del Reporte:** _____

POLICE DEPARTMENT THAT INVESTIGATED THE ACCIDENT: _____

DEPARTAMENTO JUDICIAL QUE INVESTIGO EL ACCIDENTE: _____

PERSONS INVOLVED IN ACCIDENT/PERSONAS INVOLUCRADAS EN ACIDENTE:

(1) NAME/NOMBRE: _____ **AGE/EDAD:** _____

ADDRESS/DOMICILIO: _____

TELEPHONE/TELEFONO: _____ **OCCUPATION/OCUPACION:** _____

WORK ADDRESS/DOMICILIO DE EMPLEO: _____

WORK PHONE/TELEFONO DE TRABAJO: _____

INSURANCE CO/COMPANIA DE SEGURO: _____

ADJUSTER/AJUSTADOR: _____

LIMITS OF COVERAGE/LIMITES DE COBERTURA: _____

(2) NAME/NOMBRE: _____ **AGE/EDAD:** _____

ADDRESS/DOMICILIO: _____

TELEPHONE/TELEFONO: _____ **OCCUPATION/OCUPACION:** _____

WORK ADDRESS/DOMICILIO DE EMPLEO: _____

WORK PHONE/TELEFONO DE TRABAJO: _____

INSURANCE CO/COMPANIA DE SEGURO.: _____

ADJUSTER/AJUSTADOR: _____

LIMITS OF COVERAGE/LIMITES DE COBERTURA: _____

YOUR INSURANCE INFORMATION/INFORMACION SOBRE SU SEGURO:

MEDICAL/MEDICAL: _____

AUTOMOBILE/AUTOMOBIL: _____

PUBLIC LIABILITY/CUBRIMIENTO PUBLICO: _____

LIMITS/LIMITES: _____ **DEDUCTIBLES/DEDUCTIBLES:** _____

PROPERTY DAMAGE/DANOS DE PROPIEDAD: _____

MEDICAL COVERAGE/CUBRIMIENTO MEDICO: _____

HOW DID ACCIDENT HAPPEN /COMO OCURRIO EL ACCIDENTE:ACCIDENT: _____

INJURED BODY PARTS/PARTES DEL CUERPO LASTIMADAS: _____

HAS DEFENDANT'S INSURANCE COMPANY MADE AN OFFER TO SETTLE? _____

LA A HECHO UNA OFERTA DE ARREGLOS EL SEGURO DEL DEMANDADO? _____

IF SO, HOW MUCH? / SI LE HAN ECHO OFERTA CUANTO? \$ _____

HAVE YOU GIVEN A WRITTEN OR RECORDED STATEMENT TO ANYONE? _____

LE HA DADO UNA DELCARACION A ALGUIEN? _____

IF YOU GIVEN A STATEMENT;TO WHOM, WHEN, WHAT DID YOU TELL THEM:
SI HA DADO DECLARACION: A QUIEN, CUANDO, QUE LES DIJO:

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: _____

ALL OTHER LITIGATION THAT YOU HAVE BEEN INVOLVED IN (DATES, PLACE, TYPE, DID YOU TESTIFY?) / TODA OTRA LITIGACIÓN EN EL QUE USTED HA ESTADO ENVOLUCRADO (FECHAS, LUGAR, QUE TIPO, USTED TESTIFICÓ?) _____

YOUR AUTOMOBILE INFORMATION / SU INFORMACION AUTOMOVILISTICA :

MAKE/MARCA: _____ **MODEL /MODELO:** _____

YEAR/AÑO: _____ **COLOR/COLOR:** _____

REGISTERED/REGISTRADO: _____ **OWNER/DUEÑO:** _____

OCCUPATION/OCUPACION: _____

LEGAL OWNER / DUEÑO LEGAL: _____

ADDRESS/DOMICILIO: _____

WHO WAS DRIVING (NAME, ADDRESS, AGE)/QUIÉN ESTABA MANEJANDO (EL NOMBRE, DIRECCION, EDAD): _____

IF MINOR, WHO SIGNED APPLICATION? / SI ES MENOR DE EDAD, QUIÉN FIRMÓ LA APPLICACION? _____

DAMAGE TO VEHICLE/DAÑO A VEHICULO: _____

REPAIRED/REPARADO: _____ **WHERE/DONDE:** _____

DATE/FECHA: _____ **COST/COSTO:** _____

PURCHASE DATE/FECHA DE COMPRA: _____ **NEW/NUEVO:** _____

WHERE/DONDE: _____ **COST/COSTO:** _____

MODIFIED PARTS/PARTES MODIFICADAS: _____

LAST PRIOR REPAIR(S), WHEN AND BY WHOM / ULTIMAS REPARACIONES ANTERIORES, FECHA Y POR QUIEN: _____

CONDITION BEFORE ACCIDENT / CONDICION ANTES DE ACIDENTE: _____

PRESENT LOCATION / DONDE ESTA EL VEHICULO: _____

IF SOLD, SALE PRICE / SI VENDIDO POR CUANTO: _____

DATE SOLD / FECHA DE VENTA: _____ **TO WHOM / A QUIEN:** _____

DEFENDANT'S VEHICLE INFORMATION / INFORMACION DEL DEMANDADO:

MAKE/MARCA: _____ **MODEL / MODELO:** _____

YEAR/AÑO: _____ **COLOR/COLOR:** _____

REGISTERED/REGISTRADO: _____ **OWNER/DUEÑO:** _____

OCCUPATION/OCUPACION: _____

LEGAL OWNER / DUEÑO LEGAL: _____

ADDRESS/DOMICILIO: _____

DAMAGE TO VEHICLE / DAÑO A VEHICULO: _____

CONDITION OF DEFENDANT DRIVER (SOBRIETY, GLASSES, ILLNESS, HIT-AND-RUN?) / LA CONDICIÓN DEL CHÓFER (DEMANDADO) (ESTA SOBIO, USO DE LENTES, ESTABA ENFERMO, GOLPE-Y-CORRIDAS?) _____

CONVERSATIONS (WITH WHOM, WHEN, ABOUT WHAT?) / CONVERSACIONES (CON QUIEN, CUÁNDO, SOBRE QUE?): _____

WITNESSES (NAMES, ADDRESSES, TELEPHONE NUMBERS) / TESTIGOS

(NOMBRES, DIRECCIONES, NUMEROS DE TELEFONO): _____

**POSSIBILITY OF WORKER'S COMPENSATION COVERAGE? / POSIBILIDAD DE
COMPENSACIÓN AL TRABAJADOR?** _____

WORKERS' COMPENSATION CARRIER / COMPANIA DEL SEGURO DE

COMPENSACION AL TRABAJADOR : _____

ADDRESS /DOMICILIO : _____

TELEPHONE / TELEFONO : _____