

CLIENT INTERVIEW SHEET - MINOR
ENTREVISTA DE CLIENTE - MENOR

DATE/FECHA: _____

PARENT'S NAME/NOMBRE DE PADRE _____

MINOR'S NAME/NOMBRE DE MENOR _____

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

ADDRESS/ DOMICILIO _____

PARENT EMAIL/ CORREO ELECTRONICO DE ADULTO _____

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

MINOR'S SOCIAL SECURITY NUMBER/NUMERO DEL SEGURO SOCIAL DE
MENOR: _____

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:**_____

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:_____

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

ADDRESS/DOMICILIO: _____

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

WORK ADDRESS/DOMICILIO DE EMPLEO: _____

WORK PHONE/TELEFONO DE TRABAJO: _____

3) DEFENDANT'S INFORMATION / INFORMACION DEL DEMANDADO:

NAME/NOMBRE: _____

ADRESS/DOMICILIO: _____

TELEPHONE/TELEFONO: _____

DEFENDANT'S 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:** _____

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?)_____

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

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? _____