



CASO CONFIDENCIAL DE LA HISTORIA DEL PACIENTE

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Numero Telefonico \_\_\_\_\_ S.S.# \_\_\_\_\_

Domicillio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigopostal \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Fecha Denacimiento \_\_\_\_\_ Estado Civil C S V D Numero de hijos \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Ocupacion \_\_\_\_\_

Domicilio de empleador \_\_\_\_\_ Numero telefonico de trabajo \_\_\_\_\_

Nombre de conuve \_\_\_\_\_ Numero telefonico de conuve \_\_\_\_\_

En caso de una emergencia favor de hoblara \_\_\_\_\_ Numero telefonico \_\_\_\_\_

En donde ollo de nuestra oficina \_\_\_ Amigo \_\_\_ Paginas Telefonicas \_\_\_ Empleador \_\_\_ otros

Favor de apuntar las quejas, y la fecha en que comensaron empesando con la queja principal.

Quejas

Fechas

1. \_\_\_\_\_ 1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_

Su condicion esta pior \_\_\_ si \_\_\_ no \_\_\_ va y viene

A visitado otro medicos para estas condiciones \_\_\_ si \_\_\_ no

Favor de apuntar otros medicos que a visto y las fechas, aproximados

Medico

Fechas aproximadas

1. \_\_\_\_\_ 1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_

Le an ocurido accidents, grabes o caidas dentro de \_\_\_ un ano \_\_\_ 5 anos \_\_\_ o nunca

Le ocurido accidentes, que tipo \_\_\_ auto \_\_\_ trabajo \_\_\_ tiempo libre \_\_\_ casa \_\_\_ deportes \_\_\_ otros

Explice francamente: \_\_\_\_\_

Toma medicamentos \_\_\_ si \_\_\_ no ( marke abajo)

\_\_\_ Pastillas para nervios \_\_\_ pastilles para dolor \_\_\_ relajantes para musculos \_\_\_ pastilles de energia

\_\_\_ tranquilizantes \_\_\_ antconceptivas \_\_\_ aspirina \_\_\_ laxantes

Apunte serugias y las fechas aproximadas

Serugias

Fechas

1. \_\_\_\_\_ 1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_

Alguna familiar sufre de : **Quien**

**Quien**

Cancer si no \_\_\_\_\_ Alta presion de sangre si no \_\_\_\_\_

Tuberculosis si no \_\_\_\_\_ Apoplejia si no \_\_\_\_\_

Diabetis si no \_\_\_\_\_ Epilepsi si no \_\_\_\_\_

Problemas cardiacos si no \_\_\_\_\_ Arteriosclerosis si no \_\_\_\_\_

Marque las condiciones por las que sufre:

- \_\_\_ Alcolismo \_\_\_ Asma \_\_\_ Diptheria \_\_\_ Goiter \_\_\_ Malaria
\_\_\_ anemia \_\_\_ Cancer \_\_\_ Eczema \_\_\_ Gota \_\_\_ Sarampion
\_\_\_ Appendicitis \_\_\_ chorea \_\_\_ Emphysema \_\_\_ Cardiaco \_\_\_ Milgranias
\_\_\_ Artesclerosis \_\_\_ Ampollas de restrillo \_\_\_ Epilepsy \_\_\_ Influenza \_\_\_ Extrabio
\_\_\_ Artritis \_\_\_ Diabetis \_\_\_ Ampollas de fiebre \_\_\_ Lumbago \_\_\_ Sclerosis
\_\_\_ Paperas \_\_\_ Pleuresia \_\_\_ Pneumonia \_\_\_ Polio \_\_\_ Fibre Reumatica
\_\_\_ Escarlatina \_\_\_ Apoplejia \_\_\_ Tuberculosis \_\_\_ Tifoidea \_\_\_ Ulceras
\_\_\_ Enfermedad uenerea \_\_\_ Toss ferina

**Marke los sintomas que le an ocurrido al transcurir de un ano**

- |                                                           |                                                                                                 |                                                |
|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <b>General</b>                                            | <b>Musculos y coyonturas</b>                                                                    | <b>Ojos,ollidos,<br/>Nariz y Garganta</b>      |
| <input type="checkbox"/> Alergias                         | <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Vertebral Curuiada                   | <input type="checkbox"/> Asma                  |
| <input type="checkbox"/> Escalofrios                      | <input type="checkbox"/> Brsitis <input type="checkbox"/> Collonturas Inflamados                | <input type="checkbox"/> Resfrillos            |
| <input type="checkbox"/> Convaciones                      | <input type="checkbox"/> Problema en los pies                                                   | <input type="checkbox"/> Ojos cruzados         |
| <input type="checkbox"/> Mareos                           | <input type="checkbox"/> Hernia                                                                 | <input type="checkbox"/> Sordo                 |
| <input type="checkbox"/> Desmayos                         | <input type="checkbox"/> Dolor en la cintura                                                    | <input type="checkbox"/> Decaymiento Dental    |
| <input type="checkbox"/> Fatigues                         | <input type="checkbox"/> Lumbago                                                                | <input type="checkbox"/> Dolor de ollidos      |
| <input type="checkbox"/> Fibre                            | <input type="checkbox"/> Dolor de cuello                                                        | <input type="checkbox"/> Derames en ollidod    |
| <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza                  | <input type="checkbox"/> Dolor en medio de ombros                                               | <input type="checkbox"/> Oye ruidos            |
| <input type="checkbox"/> perdido de sueno                 | Tiene dolor o siente dormido los:                                                               | <input type="checkbox"/> Glandulas que crecen  |
| <input type="checkbox"/> Adelgasando                      | <input type="checkbox"/> Ombros <input type="checkbox"/> Piernas                                | <input type="checkbox"/> Thyroid que crece     |
| <input type="checkbox"/> Deprimido                        | <input type="checkbox"/> Brazos <input type="checkbox"/> Rodillas                               | <input type="checkbox"/> Dolor de ojo          |
| <input type="checkbox"/> Nueralgia                        | <input type="checkbox"/> Codas <input type="checkbox"/> Dolores en el columna                   | <input type="checkbox"/> Perdido de vista      |
| <input type="checkbox"/> Sudas                            | <input type="checkbox"/> Manos <input type="checkbox"/> Mala Postura                            | <input type="checkbox"/> Lejos Miope           |
| <input type="checkbox"/> Temblores                        | <input type="checkbox"/> Caderas <input type="checkbox"/> Sciatica                              | <input type="checkbox"/> Dolores de encias     |
| <b>Cardiovascular</b>                                     |                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Lejos miope           |
| <input type="checkbox"/> Dolor de pecho                   |                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Dolor de encias       |
| <input type="checkbox"/> Angina                           |                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Ronquera              |
| <input type="checkbox"/> Enduresimiento de arterias       |                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Serca miope           |
| <input type="checkbox"/> Alta presion de sangre           |                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Sangre de nariz       |
| <input type="checkbox"/> Baja presion de sangre           |                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Infecion en sinusitus |
| <input type="checkbox"/> mala circulacion                 |                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Anginas adoloidas     |
| <input type="checkbox"/> Palpido rapido                   |                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Amigdalitis           |
| <input type="checkbox"/> Palpido despacio                 |                                                                                                 |                                                |
| <input type="checkbox"/> inflamacion de tobillos          |                                                                                                 |                                                |
| <b>Respiratorio</b>                                       | <b>Gastro Inestinal</b>                                                                         |                                                |
| <input type="checkbox"/> Dolor de pecho                   | <input type="checkbox"/> Erupta o gases <input type="checkbox"/> Abodomen destinsado            |                                                |
| <input type="checkbox"/> Toss chronica                    | <input type="checkbox"/> Colitus <input type="checkbox"/> Problema con la bejiga                |                                                |
| <input type="checkbox"/> Dificultad respirando            | <input type="checkbox"/> Problemas con el colon <input type="checkbox"/> Hemmeroides            |                                                |
| <input type="checkbox"/> Scupe sangre                     | <input type="checkbox"/> Estreniento <input type="checkbox"/> Lumbrices en estentino            |                                                |
| <input type="checkbox"/> Scupe flema                      | <input type="checkbox"/> Diarea <input type="checkbox"/> Ictericia                              |                                                |
| <input type="checkbox"/> Silbido                          | <input type="checkbox"/> Dificultad con digestion <input type="checkbox"/> Problema en el igado |                                                |
| <b>Piel</b>                                               | <input type="checkbox"/> Nausia <input type="checkbox"/> Dolor estomacal                        |                                                |
| <input type="checkbox"/> Sequedad                         | <input type="checkbox"/> Appetito perdido <input type="checkbox"/> Gomitos                      |                                                |
| <input type="checkbox"/> Alergias                         | <input type="checkbox"/> Gomitos de sangre <input type="checkbox"/> Dolor de recio              |                                                |
| <input type="checkbox"/> Rasceras                         |                                                                                                 |                                                |
| <input type="checkbox"/> Erupcion                         |                                                                                                 |                                                |
| <input type="checkbox"/> Uenas Uaricosas                  | <b>Solamente para mujeres</b>                                                                   |                                                |
| <b>Gentro</b>                                             | <input type="checkbox"/> Los pechos siente llenos o duelen                                      |                                                |
| <input type="checkbox"/> Urina en cama                    | <input type="checkbox"/> Calambres o dolor de espalda                                           |                                                |
| <input type="checkbox"/> Urina sangre                     | <input type="checkbox"/> Periodos muy fuertes                                                   |                                                |
| <input type="checkbox"/> Urina Frequentamente             | <input type="checkbox"/> sudores                                                                |                                                |
| <input type="checkbox"/> Infeccion de riniones            | <input type="checkbox"/> Sangramientos que no se regulan                                        |                                                |
| <input type="checkbox"/> Dolor cuando urina               | <input type="checkbox"/> Simtomas de menopausia                                                 |                                                |
| <input type="checkbox"/> Urina pus                        | <input type="checkbox"/> Dolor con periodos                                                     |                                                |
| <input type="checkbox"/> Inabilidad para controlar vegiga | <input type="checkbox"/> Derames viginales                                                      |                                                |
| <input type="checkbox"/> Problemas con la prostata        |                                                                                                 |                                                |

**Nunca le ocurio:**

- Golpiado inconciente si no
- A usado un baston o muletas si no
- Lo an tratado para desorden de nervios o espinazo si no
- Nunca se a fracturado algun hueso si no
- A sido hospitalizado, al no ser una serugia si no
- A tienido una transfusion de sangre o plasma si no

**Usted:**

- Fuma si no
- Toma vitaminas o minerales si no
- Cree que nesecita vitaminas o minerales si no
- Es alergico a alguna droga si no

**Fecha de ultima:**

- Examinacion del espinaso \_\_ menos de 6 meses \_\_ 6-18 meses \_\_ mas de 18 meses \_\_ nunca
- Examinacion de phisico \_\_ menos de 6 meses \_\_ 6-18 meses \_\_ mas de 18 meses \_\_ nunca
- Examen de sangre \_\_ menos de 6 meses \_\_ 6-18 meses \_\_ mas de 18 meses \_\_ nunca
- Radiografia del pecho \_\_ menos de 6 meses \_\_ 6-18 meses \_\_ mas de 18 meses \_\_ nunca
- Radiografia del espinazo \_\_ menos de 6 meses \_\_ 6-18 meses \_\_ mas de 18 meses \_\_ nunca
- Radiografia del dental \_\_ menos de 6 meses \_\_ 6-18 meses \_\_ mas de 18 meses \_\_ nunca
- Examen de urine \_\_ menos de 6 meses \_\_ 6-18 meses \_\_ mas de 18 meses \_\_ nunca

**Habits**

- Alchol \_\_ mucho \_\_ poco \_\_ nunca
- Café \_\_ mucho \_\_ poco \_\_ nunca
- Tabaco \_\_ mucho \_\_ poco \_\_ nunca
- Drogas \_\_ mucho \_\_ poco \_\_ nunca
- Ejercicio \_\_ mucho \_\_ poco \_\_ nunca
- Dormir \_\_ mucho \_\_ poco \_\_ nunca
- Apetito \_\_ mucho \_\_ poco \_\_ nunca

**-Esta usted embarazada- si no**

**Favor de marcar el tipo de tratamiento que usted desea nosotros se guiados por sus deseo siempre y cuando sea possible.**

- Yo prefiero que el medico elisa el tratamiento que el crea mejor para mi
- Mejoramiento maximo  Alivio temporal

**Usted tiene seguro medico si no compania \_\_\_\_\_**

Yo entiendo y estoy de acuerdo en que policas de seguro de accidents son un areglo entre la aseguranza y yo mismo. Yo entiendo que la oficina del doctor preparara algun reporte o formas nesesia para asistirme en aser una coleccion a la aseguranza medica, y que alguna cantidad autorisada sea pagada directamente a la oficina del doctor sea puesto a cridito mio, Al recibir algun resibo. Claramente entiendo y estoy de acuerdo que todo los servicios que yo reciba seran cobrados directamente a mi y yo sere personalmente responsable para pagar. Tambien entiendo que isi yo suspendo o acabo con mi tratamiento cual quiere cobransa para servisiros porfesionales seran cobrados a mi, imediatemente, y pagados.

Firma de pasiente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
 Guardian o conuve firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Information tomada por



## CONSENTIMIENTO ENTERADO

LA QUIROPRACTICA NO ES CIRUJIA Y ES UN PROCESO QUE NO ES INVASIVO Y TIENE EL RECORD MAS SEGURO EN TODOS LOS CUIDADOS DE SALUD. COMO CUALQUIER ESPECIALIDAD DE SALUD NO PODEMOS PROMETER CURA PERO SI LE PODEMOS DAR EL MEJOR CUIDADO POSIBLE Y DISCUTIR CUALQUIER PREGUNTA O PREOCUPACION QUE TENGA.

PUEDE SER QUE EL PACIENTE EXPERIMENTE SINTOMAS TEMPORALES COMO MAS DOLOR SIGUIENDO UN MASAJE MANIPULACION DE LA COLUMA VERTEBRAL O TRACION. EN ADICION LA FISIOTERAPIA COMO EL HIELO CALOR ULTRASONIDO O ESTIMULAR ELECTRICO DE MUSCULOS PUEDE SER IRRITAR LA PIEL. HABIENDO CASOS RAROS EN DONDE EL ADJUSTE PUEDE SER QUE CAUSE FRACTURA EN LA COSTILLA O AGRAVAR ABULTAMIENTO O DISCO HERNIADO. EN EXTREMO CASOS RAROS ADJUSTES A CIERTA AREAS DE LA COLUMA CERVICAL HABIENDO RELACIONADO AL COMPROMISO DE LA ARTERIA VERTEBRAL Y POSIBLE SINTOMALOGIA DE APOPLEJIA. EL MAS RECIENTE ESTUDIO ( JOURNAL OF THE CAA, VOL 37, NO 2, JUNE 1993) ESTIMA QUE INCIDENCIA DE ESTE TIPO DE APOPLEJIA ES 1 EN CADA 3 MILLIONES DE ADJUSTES CERVICALS.

SI USTED TIENE ALGUNA PREGUNTA SOBRE ESTA FORMA O DE LA DECLARACION ARRIBA POR FAVOR DE PREGUNTAR A SU DOCTOR.

HABIENDO LEIDO CON DILIGENCIA YO POR ESTO DOY MI CONSENTIMIENTO AL TRATAMIENTO DE QUIROPRACTICA ADMINISTRADA.

FIRMA DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_



## **Consentimiento del Paciente para el Uso y Divulgación de la información de Salud para Tratamiento, Pago u Operaciones del Cuidado de Salud.**

Yo entiendo que como parte de mi cuidado de la salud, Bluestone Chiropractic Group origina y mantiene documentación y yo describiendo mi historia de salud, síntomas, reconocimiento y resultados de exámenes, diagnósticos, tratamiento, y cualquier plan para el cuidado o tratamiento, y cualquier plan para el cuidado o tratamiento futuro. Entiendo que esta información sirve como:

- • Una base para plantificar mi cuidado y tratamiento,
- • Un medio de comunicación entre los muchos profesionales de la salud quienes contribuyen a mi cuidado,
- • Una fuente de información para aplicar mi diagnóstico e información quirúrgica a mi factura,
- • Un medio por el cual una tercera parte pagadora puede verificar que los servicios facturados fueron recibidos realmente, y
- • Una herramienta para operaciones de rutina en el cuidado de salud tales como la evaluación de la calidad y revisión de la aptitud de los profesionales del cuidado de salud.

Entiendo que se me ha proporcionado un *Aviso de la información de las Prácticas* que provee una descripción más completa del uso y divulgación de la información. Entiendo que tengo los siguientes derechos y privilegios:

- • El derecho de revisar el aviso antes de firmar este consentimiento,\
- • El derecho a objetar el uso de mi información de salud para propósitos de directorio, y
- • El derecho a solicitar restricciones en cuanto a la manera en que puede ser utilizado o divulgada mi información de salud para realizar tratamiento, pagos u operaciones del cuidado de salud.

Entiendo que Bluestone Chiropractic Group no es requerida a estar de acuerdo con las restricciones solicitadas. Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito, excepto hasta el punto en que la organización ya haya tomado acción en esto. Además entiendo que el rehusarme a firmar este consentimiento o revocar este consentimiento, esta organización puede rehusar brindarme tratamiento como está permitido por la Sección 164.506 del Código de Regulaciones Federales.

Yo entiendo además que Bluestone Chiropractic Group se reserva el derecho de cambiar su aviso y prácticas y previo a la implementación de acuerdo con la Sección 164.520 del Código de Regulaciones Federales. Si Bluestone Chiropractic Group cambiara su aviso, ellos enviarán una copia de cualquier aviso revisado al domicilio que he proporcionado (ya sea por medio del correo postal de los Estados Unidos o si estoy de acuerdo, correo electrónico).

Deseo solicitar las siguientes restricciones para el uso divulgación de mi información de salud:

Entiendo que como parte del tratamiento, pagos u operaciones del cuidado de salud de esta organización para dicha divulgación para estos usos permitidos, incluyendo divulgaciones vía fax.

## Recordatorios de Citas y Autorizacion para brindar Informacion del Cuidado de salud

Su quiropractico y los miembros del personal de la practica podrian necesitar utilizar su nombre, domicilio, numero telefonico, y sus expedientes clinicos para comunicarse con usted con respecto a los recordatorios de sus citas, brindarle informacion acerca de tratamientos alternativos, u otra informacion relacionada con la salud que pudiera ser de interes para usted. Si este contrato es via telefonica y usted no esta en su hogar, dejaremos un mensaje en su maquina contestadora. Al firmar este formulario, usted nos esta otorgando la autorizacion para comunicarme con usted para estos recordatorios y esta informacion.

Usted puede restringir a los individuo u organizaciones a las cuales es divulgada su informacion del cuidado de la salud o usted nos puede revocar su autorizacion en cualquier momento; sin embargo su revocacion debe estar por escrito y enviada por correo al domicilio de nuestra oficina. Nosotros no podremos considerar su solicitud de revocar su autorizacion. Además, si usted fue requerido a otorgar su autorizacion como una condicion para obtener seguro, la compania de seguros podria tener un derecho a su informacion de salud si ellos deciden contestar cualquiera de sus reclamos.

La informacion que nosotros utilicemos o divulguemos en base a la autorizacion que usted esta otorgandonos podria estar sujeta a volver a ser divulgada por cualquiera quien tenga acceso al recordatorio u otra informacion y podria ya no estar protegido por las reglas federales de privacidad.

Usted tiene el derecho de rehusarse a otorgamos esta autorizacion. Si no nos otorga esta autorizacion, esto no afectara el tratamiento que nosotros le proveemos a usted o los metodos que utilizamos para obtener el reembolso por el cuidado de su salud.

Usted puede inspeccionar o copiar la informacion que utilizamos para comunicarnos con usted para proveerle los recordatorios de sus citas, informacion acerca de tratamiento alternativos, u otra informacion relacionada con su salud en cualquier momento.

Yo autorizo a ustedes a utilizar o divulgar mi informacion de salud en la manera arriba descrita. Además reconozco que he recibido una copia de esta autorizacion.

Este aviso entra en vigor a partir del primer dia, esta autorizacion expirar site anos despues de la falta en la cual usted recibio los ultimos servicios de parte nuestra.

---

Firma del Paciente

---

Fecha



## CUESTIONARIO DE ACCIDENTE AUTOMOVILISTICO

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_  
Fecha del accidente: \_\_\_\_\_ Tiempo de dia del accidente: \_\_\_\_\_

Favor de describir el accidente en detalle:

---

---

---

En el accidente:

Era usted  Manejador  Pasajero  Pedestre  Otro \_\_\_\_\_  
Su carro choco con otro?  Si  No  
El otro carro choco con su carro?  Si  No  
Lo chocaron por:  Detras  Adelante  Lado izquierdo  Lado derecho  
Se entregaron multas de trafico?  Usted  Manajador de su carro  Manajador del otro carro  
 ninguno  
En que direccion iba su carro?  Norte  Sur  Este  Oeste en que  
calle? \_\_\_\_\_  
En que direccion iba el otro carro?  Norte  Sur  Este  Oeste en que calle?  
\_\_\_\_\_

Favor de describir sus sintomas inmediateamente despues del accidente:

---

---

---

Favor de marcar (X) los sintomas presentes desde el accidente:

Dolor de cabeza  irritabilidad  Adormecimiento de dedos  Sonrojo de cara  Pies frios  
 Dolor de cuello  Dolor en el pecho  Zumbido en los oidos  Manos  
frias  
 Cuello tieso  La cabeza pesada  Respiracion dificil  Perdido balanza  Malestar de estomago  
 Problemas dormiendo  Sensacion de alfileres y agujas en brazos  Fatiga  Perdida de oler  
 Dolor de espalda  Deprecion  Perdio el sabor  Sudor frio  
 Nerviosismo  Sensacion de alfileres y agujas en pies  Molestia la luz en ojos  Diarrea  
 Tencion  Adormecimiento de dedos  Falta de memoria  Repique en los oidos

Otras sintomas que no estan escritas \_\_\_\_\_

Ha perdido tiempo de trabajo?  No  Si Fechas: \_\_\_\_\_

Requerio Hospital?  Si  No  Emergencia solamente

Si hospitalizado fecha de admitir \_\_\_\_\_ fecha de alta \_\_\_\_\_

Nombre de hospital \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado y Codigo \_\_\_\_\_

Nombre del doctor \_\_\_\_\_

---

## INFORMACION SOBRE ASGURANSAS

Su seguransa de auto:

Nombre \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_

Estado, Codigo \_\_\_\_\_

Ajustador \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

Numero de reclamo \_\_\_\_\_

Numero de poliza \_\_\_\_\_

Te has comunicado con la compania de seguro:

Si  No Fecha \_\_\_\_\_

Su seguransa medico personal:

Nombre \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_

Estado, Codigo \_\_\_\_\_

Ajustador \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

Numero de reclamo \_\_\_\_\_

Numero de poliza \_\_\_\_\_

Te has comunicado con el seguro:

Si  No Fecha \_\_\_\_\_

Estas cubrido por mas de una poliza  
medica?  Si  No

Si contesto si, favor de darnos informe.

---

Informacion de seguro sobre  
el que tenia la culpa en el accidente

Nombre de manajador \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_

Estado, Codigo \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

Nombre de asguransa \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_

Estado, Codigo \_\_\_\_\_

Adjustador \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

Numero de poliza \_\_\_\_\_

Se ha comunicado con un representante de la compania de aseguransa?  Si  No

Fecha de comunicacion \_\_\_\_\_ Con: \_\_\_\_\_ Nombre de Aseguransa

---

Informacion de seguro sobre  
el carro en el que usted era pasajero

Nombre de manajador \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_

Estado, Codigo \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

Nombre de asguransa \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_

Estado, Codigo \_\_\_\_\_

Adjustador \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

Numero de poliza \_\_\_\_\_

---

Tienes Abogado  Si  No Fecha que fue retenido \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_