

PERSONAL INJURY QUESTIONNAIRE
CUESTIONARIO DE HERIDA PERSONAL

Name Nombre			Phone # Número de teléfono		
Address Dirección			City Ciudad	State Estado	Zip Código postal
Age Edad	Date of Birth Fecha de nacimiento	Gender Género	SSN Número de seguro social		
Employer's Name Nombre del empleador			Phone # Número de teléfono		
Employer's Address Dirección			City Ciudad	State Estado	Zip Código postal
Auto Insurance Company Compañía de seguros de automóvil			Policy # Número de póliza		
Agent's Name Nombre del agente			Phone # Número de teléfono		
Name on Policy (if other than self) Nombre listada en póliza, si no es Ud. mismo			Policy # Número de póliza		
Responsible Party's Name Nombre de persona responsable			Phone # Número de teléfono		
Address Dirección			City Cludad	State Estado	Zip Código postal
Attorney's Name Nombre del abogado			Phone # Número de teléfono		
Address Dirección			City Ciudad	State Estado	Zip Código postal
Were there any witnesses? ¿Habla cualquier testigo?	Yes SI	No No	Witness Name(s) Nombre de testigo(s)		
Date of Accident Fecha del accidente			Time of Day Hora		
Were you: Era Ud.	Driver Conductor	Passenger Pasajero	In the Front Seat En el asiento en frente	In the Back Seat En el asiento de atrás	

Number of people In your vehicle: _____
Número de personas en su vehículo: _____

Were you wearing a seat belt? Yes No
¿Llevaba Ud. un cinturón de seguridad? SI No

In which direction were you headed? North South East West
¿En cuál dirección manejaba Ud.? Norte Sur Este Oeste

Name of Street Name of city where accident occurred
Nombre de la calle Nombre de la ciudad donde ocurrió el accidente

In which direction was the other vehicle headed? North South East West
¿En cuál dirección manejaba el otro vehículo? Norte Sur Este Oeste

Name of Street
Nombre de la calle

Were you struck from: Behind Front Left Side Right Side
Fue golpeado Ud: Por detras De la frente Del lado Izquierdo Del lado derecho

Approximate speed of your car: _____ MPH Other car: _____ MPH
Velocidad aproximada de su vehículo: _____ MPH Otro vehículo: _____ MPH

Were you knocked unconscious? Yes No For how long?
¿Se puso Ud. Inconsciente? SI No ¿Por cuánto tiempo?
Were the police notified? Yes No Did they arrive at the scene? Yes No
¿Fue notificada la policía? SI No Llegó la policía al lugar del accidente? SI No

Description of Accident
Descripción del accidente

Did you have any physical complaints before the accident? Yes No
¿Tuvo Ud, alguna queja física antes del accidente?" SI No

If yes, describe in detail
Si su respuesta es 'si', describe con todo detalle

Please describe how you felt:
Por favor, describe cómo se sintió Ud:

During the accident
Durante el accidente

Immediately after the accident
Inmediatamente después del accidente

Later that day
Más tarde en el día

The next day
El día siguiente

What are your present complaints and symptoms?
¿Cuáles son sus quejas y síntomas presentes?

- ☐ Headache/Dolor de cabeza
- ☐ Back pain/Dolor de espalda
- ☐ Chest pain/Dolor de pecho
- ☐ Shoulder pain/Dolor de hombro
- ☐ Neck stiffness/Rigidez de cuello
- ☐ Neck pain/Dolor de cuello
- ☐ Elbow pain/Dolor de codo
- ☐ Nervousness/Nerviosismo
- ☐ Dizziness/Mareo
- ☐ Tension/Tensión
- ☐ Irritability/Irritabilidad
- ☐ Wrist pain {L} or {R}/ Dolor de muñeca (I) o (D)
- ☐ Hip pain (L) or {R}/Dolor de cadera (I) o (D)
- ☐ Knee pain {L} or {R}/Dolor de rodilla (I) o (D)
- ☐ Ankle pain {L} or (R)/Dolor de tobillo (I) o (D)
- ☐ Foot pain (L} or (R)/Dolor de pie (I) o (D)
- ☐ Pins & needles in legs/Sentir hormigueo en las piernas
- ☐ Pins & needles in arms/Sentir hormigueo en los brazos
- ☐ Numbness in fingers/Entumecimiento en los dedos de mano
- ☐ Numbness in toes/ Entumecimiento en los dedos de pie
- ☐ Sleeping problems/Problemas de dormir

Symptoms other than above
Otros síntomas no listados arriba

Do you have any congenital (from birth) factors which may affect this problem?
¿Tiene Ud. algún factor congénito (desde nacimiento) que puede afectar este problema?

If yes, describe in detail
Si su respuesta es "si", describe con todo detalle

Did you have any previous illnesses which may affect this case?

Yes No

¿Tuvo Ud. alguna enfermedad previa que puede afectar este caso?

SI No

If yes, please describe:
Si su respuesta es "si", describe con todo detalle:

Have you been involved in an accident before?

¿Ha tenido Ud. un accidente previo?

Date of previous accident:

¿Cuál es la fecha del accidente previo?

Where were you taken after the accident?
¿Adónde le llevaron a Ud. después del accidente?

Have you been treated by another doctor since this accident?

Yes No

¿Ha sido tratado por otro médico desde este accidente?

SI No

Doctor's Name

Nombre del médico

Phone #

Número de teléfono

Address

Dirección

City

Ciudad

State

Estado

Zip

Código postal

What kind of treatment did you receive?
¿Qué tipo de tratamiento recibió Ud .?

Since this injury occurred, are your symptoms:

Improving

Getting worse

Same

Desde que ocurrió este accidente, sus síntomas:

Están mejorando

Están empeorando

Son iguales

Have you lost time from work as a result of this accident? Yes No
¿Ha perdido tiempo de su trabajo por causa de este accidente? SI No

If yes, please complete the following questions:
Si su respuesta es 'si", por favor complete las preguntas sigulentes:

Last day worked
El último día que Ud. trabajó

Type of employment
Tipo de empleo

Are you belng compensated for time lost from work? Yes No
¿Es compensado Ud. por el tiempo perdido del trabajo? SI No

If yes, please state type of compensation
Si su respuesta es "si', por favor Indique el tipo de compensaclón que Ud. está recibiendo

Other patient Information.
Otra Información del paciente

Date
Fecha

Patient signature
Firma del paciente