



ENCOUNTER DETAIL

Patient's Name: _____

Medical Illness: Yes No

Enfermedad Medica: Si No

If so, please describe: _____

Si marco la respuesta "si" por favor describa su condición: _____

Accident Related Injury: Yes No Date of Accident: _____

Su daño fue causado por un accidente: Yes No Fecha del Accidente: _____

Type of Accident: Auto Home Work
 Other _____

Tipo de accidente: Automóvil Casa Trabajo
 Otro _____

How did the accident happen?
Como paso el accidente? _____

Is there a third party responsible for your injury? Yes No

¿Hay otra persona responsable por su daño? Si No

If so, who is responsible?
Si marco la respuesta "si" ¿quién es la persona responsable? _____

Do you have an attorney on this case? Yes No

¿Tiene representación legal? Si No

If so, what is the Attorney's Name and Address? _____

Si marco la respuesta "si", ¿cuál es el Nombre y Dirección de su representante legal? _____

I certify that the above information is correct.

Yo aseguro que la información en este cuestionario es correcta.

Patient's Signature: _____ Date: _____
Firma del Paciente Fecha