



LAW FIRM OF
LAUB & LAUB

A Professional Corporation

PERSONAL INJURY
WORKERS COMPENSATION
CRIMINAL DEFENSE
BANKRUPTCY

INFORMACION DEL CLIENTE

RESBALONES Y CAIDAS / MORDIDA DE PERRO / OTRO

Nombre: _____ Fecha de Hoy: _____

Direccion
Correo: _____

Numero de Casa: (_____) _____ Num. de Celular: (_____) _____

Correo Electronico: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Seguro Social: _____

Nombre de esposa/o _____

Contacto de Emergencia: _____

Direccion: _____ Num. de Telefono _____

INFORMACION SOBRE ACCIDENTE

Fecha de incidente: _____

Dia de la Semana: _____ Hora: _____

Lugar de incidente: _____

Ciudad y Estado: _____

Lesiones Sufridas: _____

Reporto el incidente a alguien? No ___ SI ___ Nombre: _____

Si esto es un resbalon y caida: En su opinion, que causo la lesion?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> No sal, la falta de quitar nieve/hielo | <input type="checkbox"/> Iluminacion Inadecuada |
| <input type="checkbox"/> No habia senales de advertencia, conos, etc | <input type="checkbox"/> Equipo Defectuoso |
| <input type="checkbox"/> Mantenimiento inadecuada de los locales | <input type="checkbox"/> La falta de pasamanos |
| <input type="checkbox"/> No habia drenajes de lluvia | <input type="checkbox"/> Otros |

Que tipo de zapatos tenia puestos: _____ PORFAVOR
GUARDE LOS ZAPATOS.

Tomo usted alguna bebida alcolicas antes de su caida? No ___ SI ___

Si tomo, que estaba tomando y cuantas bebidas consumio?

Hora del dia en que consumio? _____

Referido por: _____

PORFAVOR DESCRIBA COMPLETAMENTE COMO OCCURIO EL ACCIDENTE:

INFORMACION DE EMPLEO/PERDIDAD DE SALARIO

Ha perdido salario debido a este incidente? NO ___ SI ___

Empleador en el momento del incidente:

Direccion: _____ Ciudad y Estado: _____

Num. de Telefono (_____) _____

Supervisor: _____

Titulo de Trabajo y
Descripcion: _____

Salario: \$ _____ por Hora _____ Semana _____ Mes _____

Dias perdidos de trabajo: _____

Esta trabajando ahora? NO _____ SI _____

Esta trabajando para el mismo empleador? NO _____ SI _____

Si su respuesta es no, porfavor, indique el nombre de su nuevo empleador:

INFORMACION MEDICAL

Lesiones o Heridas Sufridas:

Fue llevado al hospital por ambulancia? NO _____ SI _____

Servicio de
Ambulancia: _____

Hospital: _____

Le tomaron rayos X? NO _____ SI _____

PROVEEDORES DE SERVICIO MEDICO

Ademas del tratamiento en la sala de emergencia, quien mas lo ha tratado de sus lesiones?

Nombre

Direccion

Telefono

INFORMACION DE SEGURO MEDICO O SALUD

Tiene seguro de salud? NO ___ SI ___ Si su respuesta es si, nombre de compania:

Direccion: _____ Ciudad y Estado: _____

Num. de Telefono : (____) _____ Agente: _____

Ha notificado su compania du seguro? NO _____ SI _____

Ha sido contactado por alguna persona o compania de seguro (que no sea su propia compania de seguros) con respecto a su a accidente? Si su respuest es si, indique:

Nombre: _____

Direccion: _____

Num. de Telefono: _____

Num. de Poliza o Num. de Reclamo: _____

10-29-03