

# PATIENT INTAKE

280 BROADWAY SUITE 2 NEWBURGH NY 12550

PHONE#: (845)561-3214

FAX: (845)632-0515

## INFORMACION DE PACIENTE

FECHA DEL ACCIDENTE: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

NUMERO DE TELEFONO: CASA: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ CELULAR: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRONICO: \_\_\_\_\_ PODEMOS MANDAR TEXTO: SI NO

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ SEGURO SOCIAL: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

CONTACTO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_ NUMERO DE TELEFONO: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

RELACION: \_\_\_\_\_

## SEGURO DE CARRO (NO-FAULT)

NOMBRE DEL SEGURO: \_\_\_\_\_ NUMERO DE RECLAMO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL EMPEADOR: \_\_\_\_\_ TITULO DE TRABAJO: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE TELEFONO DE TRABAJO: \_\_\_\_\_ NUMERO DE FAX: \_\_\_\_\_

FUE AL HOSPITAL: SI  NO  HA TENIDO ALGUNA RADIOGRAFIA, MRI, CT SCANS: SI  NO

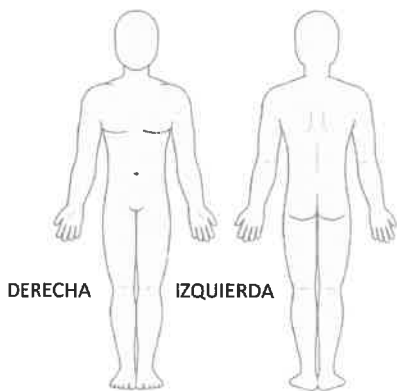
NOMBRE DE HOSPITAL: \_\_\_\_\_

DOCTOR PRIMARIO: \_\_\_\_\_ TELEFONO: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

NOMBRE DE FARMACIA: \_\_\_\_\_ TELEFONO: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

## INFORMACION DEL ABOGADO:

NOMBRE DEL ABOGADO: \_\_\_\_\_ NUMERO DE TELEFONO: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_



MARQUE DONDE TIENE DOLOR EN EL CUERPO

COMO SE SIENTE HOY? 1  2  3  4  5  6  7  8  9  10