

Internal Office Use Staff member initials for interview: _____	Date of Incident : _____
Statute of Limitations: _____	Potential Defendants: _____

CUESTIONARIO PARA NUEVOS CLIENTES

Por favor, tome el tiempo de responder a las siguientes preguntas con mayor precisión y de manera más completa posible. Esta información puede ser invocada por nuestro bufete de abogados en la representación de usted. Usted puede confiar en que esta información será utilizada con la finalidad de representarlo/a. Muchas Gracias.

Strom & Associates, Ltd.

Fecha: _____ / _____ / _____

Quien lo refirió a nuestra oficina? _____

INFORMACION GENERAL

Nombre: _____

Dirección: _____

Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____

Numero de Social Security.: _____

Telefono de Casa: _____

Telefono de Celular: _____

Telefono de Trabajo: _____

Correo Electronico: _____

Estado Civil: _____

Nombre de cónyuge: _____

Nombre de Soltera: _____

Rama de Servicio Militar: _____

Membresias:

Organizaciones Sociales: _____

Organizaciones Religiosas: _____

Organizaciones Profesionales: _____
(por ejemplo, los sindicatos, el comercio, etc.)

Doctor de la Familia: _____

Empleador Actual:

Nombre: _____

Direccion: _____

Supervisor: _____

Titulo/posicion: _____

Tasa de Salario:

Por hora: _____

Salario Fijo: _____

Tasa de sobre tiempo: _____

Empleador anterior (s) de hasta 5 años anteriores a la fecha de hoy:

1)

Nombre: _____

Direccion: _____

Supervisor: _____

Titulo/posicion: _____

Tasa de Salario:

Por hora: _____

Salario Fijo: _____

Tasa de sobre tiempo: _____

2)

Nombre: _____

Dirección: _____

Supervisor: _____

Título/posición: _____

Tasa de Salario:

Por hora: _____

Salario Fijo: _____

Tasa de sobre tiempo: _____

INFORMACION RELATIVA A ESTE ASUNTO

Fecha de reclamación /
Fecha del accidente: _____ / _____ / _____

Adonde ocurrió el accidente?:

Calle o Dirección: _____

Tiempo Aproximado: _____

Que Paso?: _____

** Por favor, siga la siguiente página, si es necesario

****Que Paso?:**

Testigos:

- 1) Nombre: _____
Direccion: _____
Telefono: _____
- 2) Nombre: _____
Direccion: _____
Telefono: _____
- 3) Nombre: _____
Direccion: _____
Telefono: _____

Personal de emergencia en la escena:

Policia: Ciudad: _____
Estado: _____
Numero de Reporte de Policia: _____

Ambulancia: Ciudad: _____

Departamento de Insendios.: Ciudad: _____

Lista a todas las personas que piensa de estar en culpa de sus lesiones:

- 1) Nombre: _____
Direccion: _____
- 2) Nombre: _____
Direccion: _____

3) Nombre: _____
Direccion: _____

Por favor, lista a todos los vehículos participantes y proporcione la información siguiente:

- 1) Año, marca, y modelo: _____
Color: _____
Conductor: _____
Propietario: _____
Pasajeros: _____
Compañía de Seguros: _____
Tipo de Daños: _____
- 2) Año, marca, y modelo: _____
Color: _____
Conductor: _____
Propietario: _____
Pasajeros: _____
Compañía de Seguros: _____
Tipo de Daños: _____
- 3) Año, marca, y modelo: _____
Color: _____
Conductor: _____
Propietario: _____
Pasajeros: _____
Compañía de Seguros: _____
Tipo de Daños: _____

Ocurrió esto en una propiedad? En caso afirmativo,

Nombre (s) de propietario (s): _____

Dirección de la propiedad: _____

Seguro de casa: _____

Existen fotografías de...

Lesiones, en caso de que sí, quien las tiene: _____

Daños a la propiedad, en caso de que sí, quien las tiene: _____

Escena del accidente, en caso de que sí, quien las tiene: _____

Se ha comunicado con alguien acerca de este asunto? En caso afirmativo,

1) Nombre: _____

Empresa: _____

Existe una grabación? _____

Cuando?: _____

2) Nombre: _____

Empresa: _____

Existe una grabación? _____

Cuando?: _____

3) Nombre: _____

Empresa: _____

Existe una grabación? _____

Cuando?: _____

2) Doctor/Hospital: _____
Direccion: _____
Fecha de la visita: _____ / _____ / _____
Que hicieron por usted?: _____

Que pruebas le realizaron?: _____

3) Doctor/Hospital: _____
Direccion: _____
Fecha de la visita: _____ / _____ / _____
Que hicieron por usted?: _____

Que pruebas le realizaron?: _____

Medicina: _____

4) Doctor/Hospital: _____
Direccion: _____
Fecha de la visita: _____ / _____ / _____
Que hicieron por usted?: _____

Que pruebas le realizaron?: _____

Medicina: _____

Tienes alguna cita para continuar la atención médica? En caso afirmativo, indique:

1) Doctor/Hospital: _____
Direccion: _____
Fecha de la cita (s) _____ / _____ / _____
Tipo de atencion medica? _____

1) Doctor/Hospital: _____
Direccion: _____
Fecha de la cita (s) _____ / _____ / _____
Tipo de atencion medica? _____

1) Doctor/Hospital: _____
Direccion: _____
Fecha de la cita (s) _____ / _____ / _____
Tipo de atencion medica? _____

Tiene seguro medico? En caso afirmativo, de que tipo?

- Seguro del trabajo? Nombre del la empresa: _____
- Plan de ERISA? Nombre de la empresa: _____
- Seguro de Union y plan de Bienestar ? Nombre de la empresa: _____
- Militar? Nombre de la rama militar: _____

Quien esta asegurado en el plan?

- Usted?
- Conyuge?
- Miembros de la familia?

Alguna vez se a herido estas mismas partes de su cuerpo anteriormente o tiene alguna condición anterior a este incidente? En caso afirmativo, sírvase indicar:

- 1) Parte del cuerpo: _____
Fecha de la lesion o condicion que le diagnosticaron: _____
Como se produjo: _____
Tipo de atencion medica que recibio: _____
Doctor y hospitales: _____
Ultimo doctor o hospital que a visitado y fecha: _____
- 2) Parte del cuerpo: _____
Fecha de la lesion o condicion que le diagnosticaron: _____
Como se produjo: _____
Tipo de atencion medica que recibio: _____
Doctor y hospitales: _____
Ultimo doctor o hospital que a visitado y fecha: _____
- 3) Parte del cuerpo: _____
Fecha de la lesion o condicion que le diagnosticaron: _____
Como se produjo: _____
Tipo de atencion medica que recibio: _____
Doctor y hospitales: _____
Ultimo doctor o hospital que a visitado y fecha: _____

INFORMACION ANTECEDENTE DEL PLEITO

Por favor, proporciónenos la siguiente información para todos y cada uno de la demanda, bancarota, reclamación de seguro, el reclamo de compensación para trabajadores, la reclamación de daños corporales o lesión relacionada con el trabajo, cualquier reclamación en que ha sido involucrado.

1)

Tipo de reclamo: _____

Que paso?: _____

Fecha de reclamo/

Fecha de lesion: _____

Se presento una demanda judicial?: _____, Adonde: _____

Quien fue el demandado?: _____

Abogado (s): _____

Fue lesionado?: _____

Partes del cuerpo en que se lesiono: _____

Hospital Y doctores: _____

Como y cuando se resolvió la reclamacion:

2)

Tipo de reclamo: _____

Que paso?: _____

Fecha de reclamo/ _____
Fecha de lesion: _____

Se presento una demanda judicial?: _____, Adonde: _____

Quien fue el demandado?: _____

Abogado (s): _____

Fue lesionado?: _____

Partes del cuerpo en que se lesiono: _____

Hospital Y doctores: _____

Como y cuando se resolvió la reclamacion:

3)

Tipo de reclamo: _____

Que paso?: _____

Fecha de reclamo/ _____
Fecha de lesion: _____

Se presento una demanda judicial?: _____, Adonde: _____

Quien fue el demandado?: _____

Abogado (s): _____

Fue lesionado?: _____

Partes del cuerpo en que se lesiono: _____

Hospital Y doctores: _____

Como y cuando se resolvió la reclamacion: _____

● FIN ●