



Miami Institute For Joint Reconstruction Encounter Details

Patient's
Name: _____

Nombre del Paciente:

Medical illness: Yes *si* No *No*
¿Tiene algun problema Medico?

Social History: Alcohol/Alcohol Yes *si* No *No*
Historia Social: Smoking/Cigarette Yes *si* No *No*
Substance Abuse/ Uso de Drogas Yes *si* No *No*

If so, please describe:
Describe

Accident Related Injury? Yes *si* No *No*
¿Su condicion esta relacionada a un accidente?

Date of Accident: _____
Fecha del Accidente

Type of Accident: Auto Auto Home Case Work Trabajo Other Otro
¿Tipo de accidente?

How did the Accident happen?
Describe como paso el accidente

Is the third party responsible for the injury? : Yes *si* No *No*
¿Es otra persona responsable por el accidente?

If so, who is responsible?
¿Si es así, quien es la persona responsable?

Do you have an attorney on this case? : Yes *si* No *No*
¿Tiene usted un abogado en este caso?

If so, what is the attorney's name and address?
Nombre y direccion del abogado

I certify that the above information is correct.
Yo certifico que esta informacion es correcta

Patient's Signature: _____
Firma del paciente:

Date: _____
Fecha: