



*(Apellido)*

2. First name: \_\_\_\_\_  
*(Primer Nombre)*

3. Middle name: \_\_\_\_\_  
*(Segundo Nombre)*

4. Maiden or other names used or by which you have been known, including the dates you used each name:  
*Soltera u otros nombres que se utilizan o que se le ha conocido, incluyendo las fechas que ha utilizado cada nombre:*

Name: \_\_\_\_\_ Dates used: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Dates used: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Dates used: \_\_\_\_\_

5. Address information:  
*Información de dirección*

a. Present street address:  
*Presente dirección de la calle*

\_\_\_\_\_  
*Street address (Dirección de la calle)*

\_\_\_\_\_  
*City (Ciudad) State (Estado) Zip Code (Código Postal)*

\_\_\_\_\_  
*Dates at address (Fechas en esa dirección)*

b. How long have you lived in the Hunters Point Neighborhood of San Francisco, California?  
*¿Cuánto tiempo hace que vive en Hunters Point de San Francisco?*

\_\_\_\_\_

c. List all previous addresses dating back to 2002 and dates lived at that address:  
*Lista todas las direcciones anteriores que datan de 2002 y fechas vivió en aquella dirección:*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. Date of birth *(Fecha de nacimiento)*: \_\_\_\_\_

7. Place of birth: \_\_\_\_\_  
*(Lugar de nacimiento)*

8. Sex (*Sexo*): Male (*Masculino*) \_\_\_\_\_ Female (*Femenino*) \_\_\_\_\_

B. Do you have a driver's license?  
*Tenía usted licencia para conducir?*

Yes \_\_\_ No \_\_\_\_\_

If so, state:  
*(Si es así, afirma)*

1. The state or other issuing entity: \_\_\_\_\_  
*(El Estado o' otra entidad emisora)*

2. The license number and type: \_\_\_\_\_  
*(El número de licencia y el tipo)*

3. The date of issuance: \_\_\_\_\_  
*(La fecha de emisión)*

C. Can you speak English with ease?  
*(Se puede hablar inglés con facilidad)*

Yes (*Si*) \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

If no, what language and dialect do you normally use? \_\_\_\_\_  
*Si no, ¿qué idioma y dialecto normalmente utiliza?*

D. Can you write English with ease?  
*Puedes escribir Inglés con facilidad?*

Yes (*Si*) \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**III. MEDICAL CLAIM INFORMATION**  
***INFORMACIÓN DEMANDA MÉDICA***

A. Do you or did you suffer bodily injury, illness, disease, mental or emotional injury?  
*¿Sufrió alguna lesión corporal, enfermedad o enfermedades?*

?

Yes (*Si*) \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

If yes, please answer the following:  
*Si es así, por favor conteste lo siguiente:*

1. What bodily injury, illness, disease, mental or emotional injury did you suffer?  
*¿Qué lesiones lesiones, enfermedades, enfermedad, mental o emocional ¿Sufrió?*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. When did you first feel ill because of the bodily injury, illness or disease?  
*¿Cuándo empezó a sentirse mal debido a la lesión corporal, enfermedad o enfermedades?*

\_\_\_\_\_

---

B. Did you go to a doctor, hospital, nurse, psychiatrist, counselor, or other health professional for treatment? *¿Fuiste a un médico, hospital, enfermera, psiquiatra, consejero u otro profesional de la salud para el tratamiento?*

Yes (Si) \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

If yes, please answer the following for each doctor, hospital, nurse, psychiatrist, counselor, or other health professional:

*En caso afirmativo, responda lo siguiente para cada médico, hospital, enfermera, quiropráctico; o de otro profesional de la salud:*

1.

\_\_\_\_\_  
Name of Doctor / Hospital / Nurse / Psychiatrist/ Counselor / Health Professional  
*(Nombre de Doctor/ Hospital/ Enfermera/ Quiropráctico/ Profesional de Salud)*

\_\_\_\_\_  
Address *(Dirección)*

\_\_\_\_\_  
Telephone number *(Numero de Teléfono)*

\_\_\_\_\_  
Injury/Treatment received *(Lesiones / Tratamiento)*

\_\_\_\_\_  
Condition treated *(Condición Tratada)*

\_\_\_\_\_  
Dates of treatment *(Fechas de Tratamiento)*

\_\_\_\_\_  
Medications prescribed *(Medicamentos Recetados)*

2.

\_\_\_\_\_  
Name of Doctor / Hospital / Nurse / Psychiatrist/ Counselor / Health Professional  
*(Nombre de Doctor/ Hospital/ Enfermera/ Quiropráctico/ Profesional de Salud)*

\_\_\_\_\_  
Address *(Dirección)*

\_\_\_\_\_  
Telephone number *(Numero de Teléfono)*

\_\_\_\_\_  
Injury/Treatment received *(Lesiones / Tratamiento)*

\_\_\_\_\_  
Condition treated *(Condición Tratada)*

\_\_\_\_\_  
Dates of treatment *(Fechas de Tratamiento)*

\_\_\_\_\_  
Medications prescribed *(Medicamentos Recetados)*

C. Do you currently suffer symptoms?

*¿Actualmente sufre de síntomas?*

Yes (Si) \_\_\_\_ No \_\_\_\_

If yes, please describe the symptoms: \_\_\_\_\_

*En caso afirmativo, por favor describa los síntomas:*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

If no, when did you last experience any symptoms: \_\_\_\_\_

*Si no, ¿cuándo fue la última vez que experimenta algún síntomas*

D. Did you pay any for any treatment for bodily injury, illness or disease, or mental or emotional injury?

*Pagó por cualquier tratamiento para la lesión corporal o enfermedad, o lesión mental o emocional?*

Yes (Si) \_\_\_\_ No \_\_\_\_

If yes, who did you pay and in what amount?

*Si sí, ¿quién pagó y en qué cantidad?*

Payment to: \_\_\_\_\_ Amount: \_\_\_\_\_  
*(Pago a) (Cantidad)*

Payment to: \_\_\_\_\_ Amount: \_\_\_\_\_  
*(Pago a) (Cantidad)*

Payment to: \_\_\_\_\_ Amount: \_\_\_\_\_  
*(Pago a) (Cantidad)*

E. Have you lost any wages or income as a result of your injuries?

*¿Perdió los salarios o ingresos como resultado de sus lesiones?*

Yes (Si) \_\_\_\_ No \_\_\_\_

If yes, please answer the following:

*En caso afirmativo, responda lo siguiente*

1. The name and address of your employer(s):

*El nombre y dirección de su empleador:*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Your job(s): \_\_\_\_\_

*Su trabajo:*

\_\_\_\_\_

3. How long have you worked at each job: \_\_\_\_\_  
*Cuanto tiempo ha trabajado en cada trabajo*
4. The dates you were unable to work: \_\_\_\_\_  
*Los días que no pudo trabajar*
5. Are you still unable to work?  
*¿Todavía no puede trabajar?*  
Yes (Si) \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
6. Your salary at each job: \_\_\_\_\_  
*Su salario en cada trabajo*
7. The total income you lost: \_\_\_\_\_  
*Los ingresos que perdió en total?*

**IV. Please list best contact information here also:**

❖ ADULT NAME: \_\_\_\_\_

❖ ADULT PHONE: \_\_\_\_\_

❖ EMAIL ADDRESS: \_\_\_\_\_

❖ MAILING

ADDRESS: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_

State: \_\_\_\_\_

Zip Code: \_\_\_\_\_

**V. Check List for returning complete lawsuit packet:**

- ❖ INTAKE FORM- each adult / only list minors on intake form;
- ❖ RETAINER FORM – each adult and minor;
- ❖ GUARDIAN AD LITEM MINOR FORM if applicable;
- ❖ QUESTIONNAIRE FORM – each adult and minor;