

Account # _____

INFORME DE LESIONES

Fecha de hoy _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ **FECHA DE LA LESIÓN:** _____

PORFAVOR DESCRIBA LA LESIÓN, INCLUYENDO LO QUE ESTABA HACIENDO CUANDO SE PRODUJO LA LESIÓN Y DONDE OCURRIÓ LA LESIÓN (Ejemplo: en casa, trabajo, escuela, etc.)

Casa Escuela Trabajo

LESIÓN RELACIONADA CON EL TRABAJO – Por favor escriba el nombre completo de su empleador, dirección, número de teléfono, y número de fax:

Empleador _____

Dirección _____ **Ciudad** _____ **Estado** _____ **Código postal** _____

Número telefónico _____ **Numero de fax** _____

SI SE TRATA DE UN ACCIDENTE AUTOMOBILISTICO, PORFAVOR PIDA UNA FORMA ADICIONAL A LA RECEPCIONISTA Y ASEGURESE DE TENER TODA LA INFORMACIÓN PERTINENTE DURANTE SU CITA.

(Tal como un informe de accidentes)

Accidente de auto **Conductor** **Pasajero** **Parte delantera** **Lado del conductor-posterior**
Lado del pasajero-posterior

Por favor escriba el nombre, dirección, y teléfono de la parte responsable:

Nombre _____

Dirección _____ **Ciudad** _____ **Estado** _____ **Código postal** _____

Número telefónico _____

Abogado personal

Nombre: _____

Dirección: _____ **Número telefónico:** _____

*****INFORMACIÓN DE ACCIDENTE AUTOMOBILISTICO*****

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ **FECHA DE HOY:** _____

FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE: _____ **FECHA DE LA LESIÓN:** _____

INFORMACION DE SU SEGURO DE AUTOMOVIL

NOMBRE DEL AGENTE DE SEGUROS: _____

NOMBRE DE LA AGENCIA DE SEGUROS: _____

DIRECCIÓN DE LA AGENCIA DE SEGUROS: _____

NUMERO TELÉFONICO DEL REPRESENTANTE: _____

NOMBRE DE LA COMPANIA DE SEGUROS: _____

NOMBRE DEL PROPIETARIO DE LA PÓLIZA: _____

NUMERO DE LA PÓLIZA DE SEGUROS: _____

INFORMACIÓN DE OTRA PARTE DE SEGURO DE AUTOMOVIL

NOMBRE DEL AGENTE DE SEGUROS: _____

NOMBRE DE LA AGENCIA DE SEGUROS: _____

DIRECCIÓN DE LA AGENCIA DE SEGUROS: _____

NUMERO TELÉFONICO DEL REPRESENTANTE: _____

NOMBRE DE LA COMPANIA DE SEGUROS: _____

NOMBRE DEL PROPIETARIO DE LA PÓLIZA: _____

NUMERO DE LA PÓLIZA DE SEGUROS: _____