

Nombre del hospital: _____

Nombre del paciente: _____ Número de cuenta: _____

Dirección: _____ Fecha de servicio _____

Medio de contacto preferido: ☐ Celular / Texto: _____ ☐ Casa: _____

Correo electrónico: _____ Trabajo: _____ Ext _____

Fecha del accidente: _____

Hubo un informe de policia? ☐ Sí ☐ No

Lugar del accidente (condado / calles / dirección, etc.): _____

Seguro médico: _____ Grupo #: _____ ID / Poliza#: _____

☐ Fui atendido anteriormente en _____ hospital/clinica

Nombre de otras personas en el accidente que fueron atendidas en un hospital _____

Accidente Relacionado Con Vehículo Motorizado (AMV):

Nombre del conductor: _____ Nombre(s) del/de los pasajero(s) _____

Conductor del otro vehículo: _____ Persona responsable: _____

Cobertura de auto: _____ Asegurado: _____ Póliza # _____

Reclamo #: _____ Ajustador: _____ Teléfono: _____

Cobertura de auto: ☐ PIP ☐ Pago médico (Med Pay) ☐ Conductor sin Seguro/ con Seguro Insuficiente

Seguro de auto de otro: _____ Asegurado: _____ Poliza #: _____

Reclamo#: _____ Adjustador: _____ Telefono: _____

Accidente no relacionado con vehículo motorizado (No AMV):

Seguro de propietario de vivienda: _____ accidentes no automovilísticos/en el hogar
resbalón/caída/mordedura de perro)

Nombre de la empresa comercial y seguro: _____ (accidentes no automovilísticos/fuera del
hogar) Poliza #: _____ Reclamo #: _____ Contacto: _____

Su abogado: _____ Telefono: _____

Abogado de la otra persona: _____ Telefono: _____

☐ AMV: ☐ Un solo vehiculo ☐ Varios vehiculos ☐ Peaton ☐ Animal ☐ Relacionado con el trabajo ☐ Objeto

☐ LIA: En asuntos de trabajo ☐ Residencial ☐ Escuela ☐ Otra propiedad ☐ Relacionado con el trabajo

DETALLES: ☐ Choque y fuga ☐ Conductor ebrio (D.W.I.) ☐ Mordedura de perro ☐ Resbalón y caída
☐ Vehículo todo terreno ☐ Otro (Especifique)

Cómo ocurrió el accidente: _____
