



Accidente de Automóvil

Para ayudarnos a brindar el mejor cuidado posible, por favor completa y firma las siguientes páginas.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
(Último) (Primero)

Numero social #: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Teléfono Principal: _____ Email: _____

Empleador: _____ Ocupación: _____

* Solo mujeres - ¿Está usted embarazada? _____ Fecha de vencimiento: _____

Nombre de sus Obstetricia y ginecología: _____

COBERTURA DEL SEGURO

COPIA DE LA TARJETA PROPORCIONADA A LA RECEPCIONISTA

Seguro Médico Primario

Compañía de seguros: _____ Teléfono: _____

Nombre del titular de la póliza: _____

Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____ Relación con el paciente: _____

Número de identificación de la póliza: _____ N.º del grupo: _____

(Si está buscando tratamiento como resultado de un accidente de auto, por favor complete esta sección)

Seguro de Auto / Accidente: _____ Fecha del Accidente: _____

Información del paciente (Vehículo en el que estaba)

Nombre de Aseguradora del Auto: _____ Nombre del Ajustador: _____

Información de la parte involucrada: NO aceptamos el seguro de terceros

(Si está buscando tratamiento como resultado de un accidente de auto / lesión sufrido durante el trabajo, por favor complete esta sección)

Lesiones por Compensación a los Trabajadores

Empleador: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

¿Usted archivó y el informe del accidente / lesión? _____ Fecha del informe: _____

Fecha de la lesión: _____ Hora: _____

Compañía de Compensación para Trabajadores: _____ Nombre del Ajustador: _____

Teléfono: _____ Número de Reclamación: _____

Asignación de beneficios: Por la presente asigno y otorgo los beneficios que soy elegible para recibir servicios profesionales prestados en esta oficina. Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar cualquier reclamo de seguro para el pago. Entiendo que soy financieramente responsable de los cargos que no pague mi seguro.

Imprima nombre: _____ Firma: _____ Fecha: _____