



Lesiones Personales Caso Formulario de Información

Sección A: Información Para el Paciente

Apellido:	Nombre:	
Fecha de Nacimiento:	SSN:	Fecha de Nacimiento:

1. **1. Es esta lesión relacionada con un accidente de vehículo de motor, resbalones y caídas o la negligencia de otra persona?** Sí NO
En caso afirmativo, por favor complete la sección C. Si usted ha contratado a un abogado, completar también el apartado D.

Sección C: Demanda por Lesiones Personales

En el siguiente espacio, por favor proporcione una narración de cómo ocurrió la lesión.
Si necesita más espacio, por favor use el reverso de esta página. of this page.

Información del Seguro			
Compañía Aseguradora:	Compañía Aseguradora:		
Ajustador / Nombre de la persona de contacto (a Compañía Aseguradora):			
Teléfono #:	Teléfono #:		
Dirección:	Dirección:	Dirección:	Dirección:
Name of Insured:			
¿Hay más de una reclamación que se refiere a la fecha de la lesión? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO			
En caso afirmativo, por favor proporcione la misma información (que se enumeran más arriba) en la parte posterior			

2. **¿Ha firmado un retén para la representación legal?** SÍ NO En caso afirmativo, por favor complete la sección D

Sección D: Información Abogado

Derecho Nombre de la Firma:			
Nombre del abogado:	Nombre del abogado:		
Teléfono #:	Teléfono #:		
Dirección:	Dirección:	Dirección:	Dirección:

Toda la información presentada en este formulario es verdadera a lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que cualquier información incorrecta presentada puede resultar en un retraso de mi tratamiento. Es mi responsabilidad para aplicar los cambios a mi información de la demanda en tiempo y forma. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos de los servicios prestados a mí, incluyendo los saldos de las reclamaciones denegadas por mi compañía de seguros, cualquier pagador de terceros y / o abogado.

Firma

Fecha