

Información Personal

Nombre :					
	Apellido	Primer nombre	Segundo nombre		
Dirección:					
	Calle	Unit#	Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono:					
	Celular	Trabajo		Otro	

Información del vehículo (vehículo en el que estabas)
 Proporcione toda la información posible.

Marca: _____ Año: _____
 Modelo: _____ Color: _____

Compañía de seguros: _____
 Póliza # _____
 Reclamación # _____
 Nombre del Agente _____
 Teléfono del Agente _____

Tienes Med Pay? Si No Desconozco
 Monto de Med Pay _____

Información del otro vehículo (otro vehículo involucrado en el accidente)
 Por favor proporcione toda la información posible.

Marca: _____ Año: _____
 Modelo: _____ Color: _____

Nombre del asegurado: _____
 Compañía de seguros: _____
 Póliza # _____
 Reclamación # _____
 Nombre del Agente _____
 Teléfono del Agente _____

¿Han admitido culpa / responsabilidad por el accidente? Si No Desconocido

Información Adicional (Si hay mas involucrados)

Marca: _____ Año: _____
 Modelo: _____ Color: _____

Nombre del asegurado: _____
 Compañía de seguros: _____
 Póliza # _____
 Reclamación # _____
 Nombre del Agente _____
 Teléfono del Agente _____

Información del Abogado (Déjelo en blanco si tú no tienes uno)

Compañía: _____
 Abogado: _____
 Dirección: _____

 Teléfono: _____
 Fax: _____

Información del Accidente

Día del accidente: _____ Hora del Accidente _____

Ubicación del Accidente (ciudad o área y estado): _____

- Tú vehículo: fue golpeado por el otro golpeó el otro vehículo Ambos Ninguno Desconozco
- El impacto inicial en tú vehículo fue: Delantero Trasero Lado izquierdo Lado derecho Desconozco
- ¿Su vehículo fue empujado?: Hacia adelante Hacia atrás De lado Desconozco
- Su vehículo: Giró Rodó Se Volteó Deslizó Ninguno de estos Desconozco
- ¿Su vehículo golpeó a otro vehículo u objeto después del impacto inicial: Sí No Explique: _____

- Velocidad al impacto: Su vehículo _____ mph Otro vehículo _____ mph
- Condiciones de la carretera al momento de la colisión: Seco Mojado Arena Barro Hielo Nieve
- Su vehículo estaba en: Parqueo/Estacionamiento Neutral en algún cambio En movimiento Detenido

- Los frenos fueron: Aplicados No aplicados Frenos de emergencia/freno de Mano Ninguno
- Cuánto daño se hizo al exterior del automóvil: Ninguno Poco Mucho Perdida Total
- Describa: _____
- Cuánto daño se hizo en el interior del automóvil: Ninguno Poco Mucho Perdida Total
- Describa: _____

Información de daños corporales

- Su posición en el vehículo: Conductor Pasajero delantero Atrás del lado del conductor Atrás del lado del pasajero Centro Peatón Otro _____
- Su cuerpo fue empujado: Hacia adelante Hacia atrás De lado Desconoce
- Te sorprendió el impacto: Sí No Otro _____
- ¿Tuviste que ser extraído del automóvil? Sí No
Por favor explique: _____
- ¿Llevaba puesto el cinturón de seguridad en la colisión? Cinturón de regazo Cinturón de hombro Arnés Asiento de niño No llevaba puesto
- ¿El cinturón de seguridad causó daños a su cuerpo: Sí No Desconoce
- ¿Apoyó los brazos contra: Tablero Volante Asiento Otro _____
- ¿Apoyó las piernas contra: Tablero Piso Frenos Asiento Otro _____
- Alguna parte de su cuerpo golpeó una parte del automóvil? Sí No

En caso afirmativo, Explicar: _____

- ¿En qué dirección estaba mirando durante el impacto? de frente Izquierda Derecha Abajo Arriba
¿Perdió el conocimiento / por cuánto tiempo? No perdió el conocimiento Sí _____
¿Sintió dolor inmediatamente después del impacto: Sí No
Describe áreas de dolor: _____

- ¿Sintió dolor en algún momento después del accidente? Yes No
- Por favor explique: _____

- ¿Fuiste al hospital? En ambulancia manejaste al hospital te llevaron al hospital No fuiste al hospital
Si fuiste al hospital, ¿cuándo?: No Aplica Inmediatamente después del accidente Al día siguiente
 Otro _____
- ¿Que hicieron en el hospital? (radiografías, diagnóstico, medicamentos, aparatos ortopédicos, consejos):

Información adicional y firma

Describe cualquier información más relevante sobre el accidente que desea que sepamos: _____

Firmar a continuación afirma que la información proporcionada es verdadera y completa según su leal saber y entender.

Nombre del Paciente/Apoderado

Firma

Fecha

Relación con el paciente: Yo mismo Padre Apoderado Otro _____