



Información de Accidentes Sin Culpa

(Por favor, proporcione su tarjeta de identificación de seguro)

Información de Paciente:

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo Nombre: _____
Fecha de Nacimiento: ___ / ___ / ___ Sexo: ___ No. de Seguro Social: ___ - ___ - ___ Idioma: _____
Teléfono Celular: (____) ___ - ___ Teléfono de Casa: (____) ___ - ___ Correo Electrónico: _____
Nombre del Contacto de Emergencia: _____ Relación: _____ Numero Teléfono :(____) ___ - ___
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Descripción del accidente/Herida: _____

Parte(s) del cuerpo lesionada(s):

Información de la Transportista Sin Culpa:

Fecha de Herida: ___ / ___ / ___ # Identificación del Seguro: _____ # Póliza: _____
Nombre del transportista: _____ # Teléfono:(____) ___ - ___ # De Fax: (____) ___ - ___
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Nombre del Ajustador: _____ # Teléfono: (____) ___ - ___ # De Fax : (____) ___ - ___
Nombre del Abogado: _____ Empresa: _____ # Teléfono: (____) ___ - ___

Autorización de divulgación de información

Autorizo a Community Medical Wellness P.C. a obtener / divulgar todos los registros médicos para el tratamiento prestado relacionado con mi lesión relacionada con un accidente automovilístico. Autorizo el pago de beneficios médicos a Community Medical Wellness P.C.

Nombre Firma Fecha