

Cuestionario de Informacion

Nombre _____

Direccion _____ Edad _____ Sexo F () M ()

_____Codigo Postal _____

Casado/a () Divorciado/a () Soltero/a

Telefono _____ Celular _____ Fecha de nacimiento ___/___/___

Ocupacion _____ Empleador _____

Direccion _____

Telefono _____ Social Security #: _____

Como ocurrio su lesion? (por favor indique)

Auto ___ En el Trabajo ___ Caída ___ Otro _____

Dia del Accidente _____ Localizacion del accidente _____

Nombre del Abogado _____ Telefono _____

Indique si Usted tiene Cobertura con MEDICARE? Si No _____

Informacion Primaria de Seguro:

Compania _____ Co. Secundaria _____

Direccion _____ Direccion _____

Telefono _____ Telefono _____

Claim# _____ Claim# _____

Poliza# _____ Poliza# _____

Nombre del Asegurado _____

Fecha: _____ Firma de Paciente _____