



**Información Personal**

<b>Nombre :</b>					
	Apellido	Primer nombre	Segundo nombre		
<b>Dirección:</b>					
	Calle	Unit#	Ciudad	Estado	Código postal
<b>Teléfono:</b>					
	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 \_\_\_\_\_