

# HOJA DE REGISTRO

Fecha: \_\_\_\_\_

## INFORMACION PERSONAL

Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ # de Apt: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Fecha de Nac.: \_\_\_\_\_ S.S.#: \_\_\_\_\_ Estado Civil: C S D V No. de Niños: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono de Celular: \_\_\_\_\_ Dirección del Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Esposo(a)/Encargado: \_\_\_\_\_ En caso de emergencia, a quien contactar? \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre de su Doctor Primario: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

## ¿Quién lo Refirió?

Es su condición de salud actual por: Accidente de Auto | | Accidente en el Trabajo: | | Otro: | |

## INFORMACION DE SEGURO MEDICO

COMPAÑÍA DE SEGURO MEDICO PRIMARIO: \_\_\_\_\_ Relación del paciente con el asegurado: Propio • Esposo(a) • Hijo

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_ S.S.# del Asegurado: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del asegurado: \_\_\_\_\_ Sexo del asegurado: Masculino • Femenino Teléfono: \_\_\_\_\_

# ID del asegurado: \_\_\_\_\_ # Grupo: \_\_\_\_\_ Forma Especial? Si • No

COMPAÑÍA DE SEGURO MEDICO SECONDARIO: \_\_\_\_\_ Relación del paciente con el asegurado: Propio • Esposo(a) • Hijo

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_ S.S.# del Asegurado: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del asegurado: \_\_\_\_\_ Sexo del asegurado: Masculino • Femenino Teléfono: \_\_\_\_\_

# ID del asegurado: \_\_\_\_\_ # Grupo: \_\_\_\_\_ Forma Especial? Si • No

¿Esta asegurado por su empleador? Si • No Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

## INFORMACION DEL SEGURO DE AUTO (P.I.P.)

Compañía de Seguro Primario: \_\_\_\_\_ Numero de Póliza: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Nombre del Ajustador: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_ Fecha de Accidente: \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ Numero de Reclamo: \_\_\_\_\_

¿Ha contactado a un Abogado? Si • No - Nombre de Abogado: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección del Abogado: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

## ACCIDENTE DE TRABAJO

Empleador: \_\_\_\_\_ Nombre del Encargado/Supervisor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Compañía de Seguro: \_\_\_\_\_ Nombre del Ajustador: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Número de Reclamo: \_\_\_\_\_ Fecha del Accidente: \_\_\_\_\_ Reportó el Accidente? Si • No

¿Usted tiene un reporte escrito? Si • No - Si tiene el reporte escrito por favor probé el reporte a la oficina

¿Ha contactado a un Abogado? Si • No - Nombre de Abogado: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección del Abogado: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_