**Información del Accidente**

Día y tiempo del accidente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tu estabas manejando? Si\_\_\_\_ No\_\_\_\_

Cuantos Pasajeros? Enfrente\_\_\_\_\_Atrás\_\_\_\_\_ Lado Derecho\_\_\_\_\_ Lado Izquierdo\_\_\_\_\_

Era tu carro? Sí\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_

Tu le pegaste al otro carro? Sí\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_

Cual fue el daño a tu carro?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Te pegaste alguna parte de tu cuerpo? Sí\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_

Cual parte fue?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Te llevaron al hospital después del accidente ?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Estuviste hospitalizado? Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_ Si, por cuánto tiempo?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A quien le dieron la multa?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Te has lastimado de esta manera previamente? Sí\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_

As visto algún otro doctor para este accidente ? Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_ Nombre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hay algo más que necesitemos que saber de tu salud? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Información de Seguranza**

Nombre de la compañía \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numero de poliza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numero de reclamo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del ajustador\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numero telefónico del ajustador\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tienes cobertura Medica? Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_ Cual es la cantidad?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tu eres el asegurado? Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_ Si no de quién es?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tienes un abogado? Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_

Información del abogado\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Yo autorizo ​​al Dr. Sean P. Billings, DC a proporcionar a mi compañía de seguros, mi abogado, un informe completo de su examen, diagnóstico, tratamiento, pronóstico, etc., sobre el accidente en que estuve recientemente involucrado. Yo autorizo ​​y dirijo a mi compañía de seguros, mi abogado, que pague directamente a dicho médico las sumas que se le adeuden y que le deben por el servicio médico que me ha prestado por este accidente y retener dichas sumas de cualquier acuerdo, Veredicto que sea necesario para compensar adecuada y totalmente a dicho médico. Yo entiendo completamente que soy directamente y completamente responsable a dicho médico por todas las facturas médicas que se deban.

Patient Signature\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_