

**CUESTIONARIO DE
TRATAMIENTO
TREATMENT QUESTIONNAIRE**

Línea gratuita: 1-800-562-3022
PO Box 45561
Olympia, WA 98504-5561

NOMBRE DEL PACIENTE		NÚMERO DE TELEFÓNICO DEL PACIENTE ()	
<p>Llene este formulario y devuélvalo en el sobre con franqueo pagado. Pagamos una factura médica para el tratamiento de _____ que nos ha sido facturado por _____ por los servicios del _____. La ley requiere que veamos si cualquier otro seguro está disponible.</p>			
A. INFORMACIÓN DEL INCIDENTE/ACCIDENTE			
CAUSA DE LA LESIÓN O ENFERMEDAD			
<input type="checkbox"/> Accidente automovilístico		<input type="checkbox"/> Lesión en el trabajo	
<input type="checkbox"/> Agresión		<input type="checkbox"/> Condición médica/enfermedad (artritis, diabetes, etc.) (Omita las secciones A, B y C; complete la sección D en el reverso).	
<input type="checkbox"/> Otro (negligencia, caída, etc.) _____			
FECHA DE LA LESIÓN POR ESTE INCIDENTE/ACCIDENTE			
LISTA DE TODAS LAS LESIONES POR ESTE INCIDENTE/ACCIDENTE			
LUGAR DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE/INCIDENTE/LESIÓN			
DIRECCIÓN		CIUDAD	ESTADO CONDADO
B. INFORMACIÓN DEL ABOGADO PARA ESTE INCIDENTE/ACCIDENTE			
¿Contrató a un abogado debido a este incidente/accidente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contestó sí, complete esta sección.			
NOMBRE DEL ABOGADO		NÚMERO TELEFÓNICO DEL ABOGADO ()	
DIRECCIÓN DEL ABOGADO		CIUDAD	ESTADO CÓDIGO POSTAL
ESTADO DEL CASO		FECHA DEL CASO RESUELTO	FECHA DEL CASO PERDIDO
<input type="checkbox"/> Abierto/Pendiente <input type="checkbox"/> Resuelto <input type="checkbox"/> Caso perdido			
C. INFORMACIÓN DEL SEGURO PARA ESTE INCIDENTE/ACCIDENTE			
¿Se ha encontrado una falta en alguien (alguien recibió una multa)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Si la respuesta es "sí", ¿quién?) _____			
¿Había alguien más en su casa en este accidente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Si la respuesta es "sí", ¿quién?) _____			

POR FAVOR COMPLETE AMBOS LADOS

PERSONA #1 ES: <input type="checkbox"/> Conductor u operador <input type="checkbox"/> Pasajero <input type="checkbox"/> Propietario del auto (Parte en falta) <input type="checkbox"/> Dueño de la propiedad <input type="checkbox"/> Propietario de la empresa <input type="checkbox"/> Otro:			
NOMBRE		NÚMERO DE LICENCIA DE CONducIR	
DIRECCIÓN		CIUDAD	ESTADO CÓDIGO POSTAL
NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO			
DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS		CIUDAD	ESTADO CÓDIGO POSTAL
REPRESENTANTE DEL SEGURO		NÚMERO DE TELÉFONO ()	
NOMBRE DEL ASEGURADO(A)		NÚMERO DE PÓLIZA	NÚMERO DE RECLAMACIÓN
<input type="checkbox"/> Cobertura de responsabilidad		<input type="checkbox"/> Cobertura de protección para lesiones personales	
PERSONA #2 ES: <input type="checkbox"/> Conductor u operador <input type="checkbox"/> Pasajero <input type="checkbox"/> Propietario del auto (Parte perjudicada) <input type="checkbox"/> Dueño de la propiedad <input type="checkbox"/> Propietario de la empresa <input type="checkbox"/> Otro:			
NOMBRE		NÚMERO DE LICENCIA DE CONducIR	
DIRECCIÓN		CIUDAD	ESTADO CÓDIGO POSTAL
NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO			
DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS		CIUDAD	ESTADO CÓDIGO POSTAL
REPRESENTANTE DEL SEGURO		NÚMERO DE TELÉFONO ()	
NOMBRE DEL ASEGURADO(A)		NÚMERO DE PÓLIZA	NÚMERO DE RECLAMACIÓN
<input type="checkbox"/> Cobertura de responsabilidad		<input type="checkbox"/> Cobertura de protección para lesiones personales	
<i>Si usted tiene un informe policial o tarjeta del seguro relacionado con este tratamiento, por favor envíe una copia junto con este formulario.</i>			
D. NARRATIVA			
Infórmenos qué sucedió. Si usted piensa que alguien tiene la culpa, díganos por qué. Si se trata de una condición médica/ enfermedad continua, díganos lo que el médico le ha informado sobre esto. Si es necesario utilice papel adicional.			

POR FAVOR COMPLETE AMBOS LADOS