

Cuestionario de Accidentes

De nuestra mayor consideración:

Recibimos una reclamación con un diagnóstico que puede relacionarse con una lesión o un accidente y precisamos más información a fin de poder procesarla. Como constancia, responda las siguientes preguntas a su mejor saber y entender. Solo necesita completar un formulario por cada accidente o lesión. Si no tuvo un accidente ni una lesión, descríballo en los comentarios adicionales a continuación. Al recibir la siguiente información, se procesará su reclamación o, El Fondo puede solicitar más información.

Información del Paciente	
Nombre del miembro	Número de seguro social o número de identificación (ID)
Nombre del paciente	Teléfono del miembro
Dirección del miembro	Número de reclamación
¿Cuándo ocurrió el accidente o se produjo la lesión?	
¿Dónde ocurrió el accidente o se produjo la lesión?	
¿Cómo ocurrió el accidente o se produjo la lesión? _____	
¿Otra persona provocó el accidente o la lesión? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿El tratamiento para la lesión o el accidente tiene cobertura por parte de un seguro de responsabilidad legal ante terceros? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿La causa de la lesión o el accidente fue un accidente de vehículo automotor? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿La lesión o el accidente se produjo en el trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿La lesión o el accidente está relacionado con el trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Comentarios adicionales: _____	
<p>Certificación</p> <p>A mi saber y entender, la información proporcionada anteriormente es verdadera y precisa.</p>	
Firma del paciente _____ Fecha _____ (o de padre, madre o tutor legal si el paciente es menor de 18 años)	

Agradecemos enormemente su atención inmediata a este asunto. Comuníquese con la Oficina del Fondo si tiene alguna pregunta.