

Date of Accident: _____

Patient Name: _____ Account Number: _____

A. AUTO RELATED:

1. Date and location of accident? _____
2. Were you the passenger? Yes No
Did you receive a citation? Yes No
3. What Police Department was at the scene? _____
4. Was there more than one car involved? Yes No
5. Do you own a car or live in a household where a car is owned? Yes No
6. Name of your Insurance Company: _____
Insurance Mailing Address: _____
Phone Number: _____ Claim Number: _____
Policy Number: _____ Adjuster Name: _____
7. Has the accident been reported to your insurance company? Yes No
8. Who is the owner of the car involved in the auto accident? _____

B. ATTORNEY INFORMATION:

1. Attorney Name, Address & Phone Number: _____

C. WORK RELATED INJURY:

1. Date of Injury/Illness that Occured: _____
2. Employer Name and Address: _____
Phone #: _____
3. Supervisor: _____ To whom Injury was reported: _____
4. How Injury Occured: _____
5. Location of Accident: _____

D. FALL:

1. Where was the location of the fall? _____
2. Was the accident reported to the store, etc.? _____

E. ALL OTHER ACCIDENT RELATED DETAILS:

1. How did it happen? _____
2. Where & When did this happen? _____
3. Owners Name and Address: _____

F. DID PATIENT REFUSE TO SUPPLY INSURANCE INFORMATION? Auto Health Insurance**G. NON-INSURED INFORMATION:**

1. I _____ am a resident of the State of Florida.

I own a vehicle that is operable with no insurance coverage.

Signature: _____

Date/Time: _____

Hospital Witness: _____

Date/Time: _____

State of: _____

County of: _____

PATIENT/GUARANTOR SIGNATURE: _____ **DATE/TIME:** _____

Fecha del Accidente: _____

Nombre del Paciente: _____ Número de Cuenta: _____

A. AUTOMOVILÍSTICO:

1. ¿Fecha y lugar del accidente? _____
2. ¿Era usted el pasajero? Yes No
¿Recibió usted una multa? Yes No
3. ¿Cuál Departamento de Policía estuvo en la escena? _____
4. ¿Hubo más de un auto involucrado? Yes No
5. ¿Es usted propietario de un auto o hay alguien que lo sea en el hogar donde usted vive? Yes No
6. Nombre de su Compañía de Seguros: _____
Dirección para Correspondencia de la Compañía de Seguros: _____
Número Telefónico: _____ Número de Reclamación: _____
Número de Póliza: _____ Nombre del Ajustador: _____
7. ¿Ha sido reportado el accidente a su compañía de seguros? Yes No
8. ¿Quién es el propietario del auto involucrado en el accidente automovilístico? _____

B. INFORMACIÓN DEL ABOGADO:

1. Nombre, Dirección y Número Telefónico del Abogado: _____

C. LESIÓN DE TRABAJO:

1. Lugar del Accidente: _____
2. Fecha del Accidente: _____ ¿A quién se le reportó la lesión? _____
3. Cómo ocurrió la lesión: _____

D. CAÍDA:

1. ¿Dónde fue el lugar de la caída? _____
2. ¿Se reportó el accidente a la tienda, etc.? _____

E. TODOS LOS OTROS DETALLES SOBRE EL ACCIDENTE:

1. ¿Cómo ocurrió? _____
2. ¿Dónde y cuándo ocurrió esto? _____
3. Nombre y Dirección del Propietario: _____

F. ¿SE REHUSÓ EL PACIENTE A PROPORCIONAR INFORMACIÓN DE SU SEGURO? . . Seguro de Automóvil Médico**G. INFORMACIÓN DEL INDIVIDUO SIN COBERTURA DE SEGURO:**

1. Yo _____ soy residente del Estado de Florida.
Soy dueño de un vehículo operable sin cobertura de seguro.
Firma: _____
Fecha/Hora: _____
Testigo del hospital: _____
Fecha/Hora: _____
Estado de: _____
Condado de: _____

FIRMA DEL PACIENTE/FIADOR: _____ FECHA/HORA: _____