FORMA ACCIDENTAL DE LESIONES

NOMBRE___________________________________ FECHA___________________

Fecha de Accident_________ Tiempo: ___am ___pm Localización de Accident______________

AUTO DE LESIONES

Era usted: () Driver () De pasajeros () Peatones

¿Le prendió desde: () Atrás () del lado derecho () del lado izquierdo () Frontal () estacionado

¿Su coche golpeó las otras personas involucradas: () Sí ( ) No () Indeterminado

Hicieron los demás la suya huelga coche: ( ) Si no () Indeterminado

Como resultado del accidente, se emitieron citaciones de tráfico para usted? ( ) Si no

EN EL TRABAJO DE LESIONES

¿Cómo ocurrió la lesión? ____

¿Reportó la lesión a su supervisor o empleador: () Si () No

Dirección del empleado:_______________________________

OTRO

Describir las circunstancias del accidente (Sea específico) ____________________________

____

* *

Verificación de síntomas que ha observado desde el accidente

() La tensión rígido Dolor de cabeza () Dolor de Cuello () Cuello () Mareos () Dolor de Espalda () Nerviosismo () () Irritabilidad () Dolor en el pecho

() Los problemas para dormir () Cabeza demasiado pesado () Pasadores y Agujas de armas () Pasadores y agujas en las piernas () entumecimiento de los dedos () Adormecimiento de los dedos () Falta de aliento () Fatiga () Depresión

() Se enciende Bother Ojos () Pérdida de memoria () zumbido en los oídos () enrojecimiento de la cara () zumbido en los oídos () Pérdida de Equilibrio () El desmayo () la pérdida del olfato () Pérdida del gusto

Diarrea ()) Pies (frío () Manos frías () malestar estomacal () Estreñimiento () (sudores fríos) Fiebre () Otro

¿Requirió la hospitalización después de un accidente? () Sí ( ) No

¿Ha perdido ningún día de trabajo? () Sí ( ) No En caso afirmativo, a través ________ _______

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Su compañía de seguros ________________________Address___________________

Name____________________________Address___________________ de la otra parte

Ins de la otra parte. Co .___________________________ Address__________________

¿Ha estado en contacto con un agente de seguros con respecto a esta afirmación () Sí ( ) No

En caso afirmativo, nombre del adjustor_______________________Company________________

¿Tiene un abogado que ha asesorado en este caso: () Sí ( ) No

En caso afirmativo, name________________________Address_________________ de abogado

Firma__________________________