

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: \_\_\_\_\_**