

EL CENTRO DE LA MANO DE LA FLORIDA

Este Lado Debe Ser Firmado y Fechado.

Muchas compañías de seguros medicos escriben solicitando información de la cuenta después que reciben las reclamaciones de Pago . Por favor, indique si su problema es el resultado de un accidente automovilístico o una lesión. Accidentes de trabajo o una lesión relacionada con, o un accidente de Responsabilidad Civil o daños. Si usted siente que su problema esta de alguna manera relacionado con su trabajo, por favor háganoslo saber en la primera visita. Esto nos ayudará a asegurarnos de que su reclamación sea correcta desde el principio. Conteste las siguientes preguntas y explique cómo este suceso / accidente / lesión ocurrio. Si esta visita no fue causada por un accidente o lesión, como se ha descrito anteriormente, por favor escriba "no aplica" y firme la parte inferior de este formulario. Para procesar este reclamo, debemos tener todos los detalles.

Fecha del accidente / suceso/ lesión _____ Hora _____ am pm

**Lugar del
Accidente _____**

**Nombre del Dueno de la Propiedad
_____**

**Describe cómo sucedio el
accidente _____**

Firma _____ Fecha _____

Complete este formulario para acelerar el pago de sus facturas médicas.

¡Gracias!