



U.D.M.I.  
UNIVERSITY DIAGNOSTIC MEDICAL IMAGING, P.C.

## CUESTIONARIO SIN CULPA Y COMPENSACIÓN LABORAL

Fecha del Día de Hoy: \_\_\_\_\_ # de Cuenta de UDMI: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Dirección del Paciente: \_\_\_\_\_

# Móvil del Paciente: \_\_\_\_\_ # de Casa del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Paciente: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Empleador del Paciente: \_\_\_\_\_

# de Teléfono del Empleador: \_\_\_\_\_

Fecha del Accidente: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

¿Usted es un taxista o conduce cualquier tipo de vehículo para empleo? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

¿Usted reporto la lesión? \_\_\_\_\_

¿Fue usted un pasajero, chófer o peatón? \_\_\_\_\_

¿Cuál parte del cuerpo usted reporto lesionada? \_\_\_\_\_

¿Ha recibido algún examen médico independiente con respecto a este accidente? \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

Compañía de Seguros de Obligación Civil \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Número de Teléfono \_\_\_\_\_

Ajustador \_\_\_\_\_

Numero de Reclamo \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

Compañía de Seguro Privado \_\_\_\_\_

Número de Identificación \_\_\_\_\_