



**PACIENTE:** \_\_\_\_\_  
**NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:** \_\_\_\_\_  
**FECHA DEL SERVICIO:** \_\_\_\_\_  
**NÚMERO DEL GRUPO:** \_\_\_\_\_  
**NÚMERO DEL RECLAMO** \_\_\_\_\_

## CUESTIONARIO DEL ACCIDENTE

**MATERIAL URGENTE** (Conteste inmediatamente)

Estimado miembro:

Para su plan de salud se requiere un Cuestionario sobre accidentes para asegurarnos de dar los beneficios apropiados para los miembros que han recibido servicios médicos relacionados a un accidente. Para procesar sus reclamos con rapidez y exactitud, necesitamos información sobre su consulta al doctor para determinar si alguien más es responsable de su lesión o enfermedad.

**SI NO DA ESTA INFORMACIÓN EN MENOS DE 180 DÍAS SU RECLAMO SE PODRÍA RECHAZAR**

**Para dar la información, puede:**

- Llamar al 1-800-768-4375, entre 8:30 a.m. y 5 p.m. tiempo del este, de lunes a viernes
- Contestar las siguientes preguntas y enviarlas por correo a: Planned Administrators, Inc. P.O. Box 6927, Columbia, SC 29260
- Contestar las siguientes preguntas y enviarlas por fax a: 1-803-870-8012

Gracias por su ayuda y por permitirnos servirle.

La lesión o enfermedad fue por:	<input type="checkbox"/> <b>Accidente en un vehículo motorizado</b>
	<input type="checkbox"/> <b>Accidente relacionado al trabajo</b>
	<input type="checkbox"/> <b>Otro tipo de accidente</b>
	<input type="checkbox"/> <b>Agresión</b>
	<input type="checkbox"/> <b>No fue accidente</b>
Fecha de la lesión o enfermedad:	_____
Dónde ocurrió el accidente o lesión (casa, escuela, tienda, restaurante, etc.):	_____
Explique por qué le dio tratamiento este doctor y diga las áreas del cuerpo afectadas por esta lesión o enfermedad:	_____ _____ _____
Si contestó <b>No fue accidente</b> , firme abajo y envíe el documento.	
Si contestó <b>Accidente en un vehículo motorizado, Accidente relacionado al trabajo, Otro tipo de accidente o Agresión</b> , conteste las preguntas de la página siguiente (use más hojas si es necesario), después firme y envíe el documento.	

Firma: \_\_\_\_\_ Teléfono en el día: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Teléfono después de horas hábiles: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Debemos recibir su respuesta dentro de los 180 días siguientes a la fecha de esta carta. Si no responde dentro de este período, se podría rechazar permanentemente su reclamo, y usted podría tener que pagar al proveedor todos los cargos directamente.



**Si marcó "Accidente en un vehículo motorizado", conteste lo siguiente:** (Anexe una copia del reporte de la policía.)

Ciudad y estado del accidente: \_\_\_\_\_

El vehículo motorizado era: Auto  Motorcicleta  Todo terreno  Otro  (Especifique:)

El paciente era: El conductor  El pasajero  Un peatón

¿Otra persona causó este accidente? Sí  No

Si la respuesta es Sí, dé nombre y dirección de la persona que lo causó: \_\_\_\_\_

Compañía de seguros de la persona que causó la lesión: \_\_\_\_\_ # de póliza/reclamo \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Nombre del ajustador: \_\_\_\_\_

¿El paciente traía puesto el cinturón de seguridad? Sí  No  un casco? Sí  No

Compañía de seguros del auto del **paciente**: \_\_\_\_\_ # de póliza/reclamo \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Nombre del ajustador: \_\_\_\_\_

Nombre(s) de otros familiares lesionados en este accidente: \_\_\_\_\_

**Si marcó "Accidente relacionado al trabajo", conteste lo siguiente:**

Nombre y dirección del empleador del paciente en el momento de la lesión: \_\_\_\_\_

Nombre de la compañía de compensación a los trabajadores: \_\_\_\_\_ # de reclamo: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Nombre del ajustador: \_\_\_\_\_

¿Presentó un reclamo de compensación a los trabajadores? Sí  No

¿Piensa presentar un reclamo de compensación a los trabajadores? Sí  No

¿La compañía de compensación a los trabajadores o el empleador han aceptado o negado su responsabilidad legal?  
Aceptado  Negado

Si el reclamo fue negado, ¿piensa presentar una apelación a la negación? Sí  No

**Si marcó "Otro tipo de accidente", conteste lo siguiente:**

¿Hay alguien más responsable de su lesión o enfermedad? Sí  No

Si la respuesta es Sí, dé el nombre y dirección de la persona responsable: \_\_\_\_\_

¿El accidente ocurrió en propiedades de otra persona? Sí  No

¿Esa persona tiene seguro para cubrir los gastos médicos de usted? Sí  No

Si la respuesta es Sí, nombre la compañía de seguros de la persona responsable: \_\_\_\_\_ # de póliza/reclamo \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Nombre del ajustador: \_\_\_\_\_

¿Piensa presentar un reclamo contra la persona responsable o la compañía de seguros? Sí  No

**Si marcó "Agresión", conteste lo siguiente:** (Por favor, anexe una copia del reporte de la policía.)

Nombre y dirección de la persona responsable: \_\_\_\_\_

Nombre de la agencia policíaca que investiga la agresión: \_\_\_\_\_ Caso #: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Nombre del oficial: \_\_\_\_\_

**Información sobre el abogado:**

¿Contrató a un abogado para que le ayude con este caso? Sí  No

Si es así, escriba el nombre, dirección y teléfono de su abogado: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Teléfono en el día: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Teléfono después de horas hábiles: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Debemos recibir su respuesta dentro de los 180 días siguientes a la fecha de esta carta. Si no responde dentro de este período, se podría rechazar permanentemente su reclamo, y usted podría tener que pagar al proveedor todos los cargos directamente.