

Internal Medicine Associates of Montgomery Village
18550 Office Park Drive
Montgomery Village, MD 20886
Telephone (301) 330-2700 Fax (301)990-7170

EN ORDERN PARA SERVIRLE, NECESITAMOS LAS INFORMACION QUE SEGUE. TODA LA INFORMATION ES PRIVADA.

(Apunte claramente)

Primer nombre: _____ Apellido: _____

Dirección de Casa: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Sexo: Masculino Femenino
Ciudad Estado Código postal

Numero De Teléfono: (____) _____ Numero de Trabajo: (____) _____

Ultimo día que dejo de trabajar? ____/____/____ Fecha de su accidente? ____/____/____

¿Relacionado a su trabajo? SI / No ¿Accidenté de vehículo Motor? SI / No

Compensación De Trabajo

Numero de Caso: _____

Nombre de su Empleador O Compañía: _____

Dirección del trabajo: _____

Estado ciudad código postal

Teléfono del Empleado: (____) _____ Fax del Empleado: (____) _____

Dirección Para mandar su Caso Medico

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código Postal _____

Descripción en que ocurrió el accidente? _____

Información de Accidenté de vehículo Motor

Numero de Caso: _____

Nombre de su Empleador O Compañía: _____

Dirección del trabajo: _____

Estado ciudad código postal

Teléfono del Seguro: (____) _____ Fax del Seguro : (____) _____

Dirección Para mandar su Caso Medico

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código Postal _____

Descripción en que ocurrió el accidente? _____

Compañía de Seguro de su Vehículo Motor: _____

Nombre De Agente: _____

Teléfono del Agente: (____) _____ Fax del Agente : (____) _____

Por favor someta toda la información relacionado con su caso de Accidenté de vehículo Motor Y Compensación De Trabajo dentro de 24 horas a nuestra oficina de cuentas. Si usted no puede someter la información por favor hable con nuestra oficina de cuentas para discutir otras opciones. **SI USTED NO SOMETE LA INFORMACION USTED SERA RESPONSABLE POR LA CUENTA COMPLETA DE LO QUE SE DEB. USTED COMO EL PACIENTE PUEDE SUBMITER EL COBRO CON SU AGENTE ENCARGADO DE SU CASO.**

Firma Del Paciente

Fecha