

EXPEDIENTE MÉDICO

Por la presente autorizo a SwiftCare Accident & Injury para que proporcionen a mi abogado y/o a la compañía aseguradora un informe completo de mi examen médico, tratamiento, pronóstico, etc. (incluyendo notas, radiografías y otros datos médicos, según lo determine necesario mi médico tratante), relacionado con cualquier tratamiento de salud respecto al accidente/lesión u otro incidente contribuyente que motive mi necesidad de dichos servicios de salud.

NOMBRE DEL PACIENTE

DIRECCIÓN COMPLETA

TELÉFONO

FECHA DE NACIMIENTO

FECHA DE LESIÓN

POR FAVOR SUBA SU IDENTIFICACIÓN AQUÍ

TIPO DE ACCIDENTE

Vehículo Automotor

Resbalón y Caída

En el Trabajo

Otro

NOMBRE DEL PACIENTE

FIRMA

FECHA

Sólo rellene este formulario si el paciente tiene menos de 18 años.

EN NOMBRE DEL NIÑO O NIÑA MENOR

FIRMA

FECHA

Al marcar esta casilla, acepta recibir mensajes de texto de SwiftCare PI. Acepta nuestros **Términos y condiciones** y nuestra **Política de privacidad**.