



First State Physicians

Physical Medicine & Rehabilitation Center

**Kevin J. McDermott, D.C.**

---

**Información de seguro para reclamo de compensación de trabajadores**

Compañía de seguros: \_\_\_\_\_ Fecha del accidente: \_\_\_\_\_

Reclamación # \_\_\_\_\_

Nombre / teléfono del ajustador #: \_\_\_\_\_

Tiene un abogado manejando este caso? (circulo) SÍ NO Si si, quien? (nombre / dirección / teléfono) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Si no, le gustaría que le sugiriéramos un abogado? \_\_\_\_\_

**Cesión de pago**

Se solicita y se autoriza a mi abogado y / o compañía de seguros a pagar directamente a First State Physicians cualquier monto adeudado a cuenta, el mismo que se deducirá de cualquier acuerdo realizado en mi nombre. Además, acepto pagar a First State Physicians la diferencia, si corresponde, entre el monto total de los cargos en mi cuenta y el monto pagado por el abogado y / o la compañía de seguros. Además, se entiende que yo, el abajo firmante, estoy de acuerdo con pagarle a First State Physicians el monto total de los cargos en mi cuenta si mi condición es tal que no está cubierta por mi póliza o si por alguna razón la compañía de seguros se niega a pagar mi reclamo.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre impreso: \_\_\_\_\_

Quien lo refirió a nuestra oficina hoy? \_\_\_\_\_