Washington State Department of Social & Health Services
HRSA Health & Recovery Services Administration

Informe de lesiones del hospital
Hospital Injury Report

Este informe debe ser completado por el paciente o el tutor del paciente. El proveedor médico debe enviar el informe completo a la dirección en la parte inferior de este informe, o devolverlo por fax al (360) 753-3077.

NOMBRE DEL PACIENTE (Primer nombre, segundo nombre, apellido)		NOMBRE DEL PADRE (SI ES UN NIÑO)	
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE (PIC, por sus siglas en inglés)	EDAD DEL PACIENTE	CUMPLEAÑOS DEL PACIENTE	FECHA DE LA LESIÓN
NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE PARA ESTE INCIDENTE			
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
NOMBRE DEL HOSPITAL		MÉDICO TRATANTE	
DIAGNÓSTICO			
ACCIDENTE DE AUTOMÓVIL			
LUGAR DEL ACCIDENTE (DIRECCIÓN)	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
El paciente era (Marque uno):	☐ Conductor	☐ Pasajero	☐ Peatón
NOMBRE DEL CONDUCTOR DEL AUTOMÓVIL		NÚMERO DE TELÉFONO	
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
PROPIETARIO DEL AUTOMÓVIL (SI FUERA DIFERENTE DEL CONDUCTOR)		NÚMERO DE TELÉFONO	
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
NOMBRE DE LA EMPRESA ASEGURADORA DEL PROPIETARIO O DEL CONDUCTOR		NÚMERO DE TELÉFONO	
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
NÚMERO DE PÓLIZA		NÚMERO DE RECLAMO	
OTROS AUTOMÓVILES INVOLUCRADOS			
NOMBRE DEL CONDUCTOR DEL AUTOMÓVIL		NÚMERO DE TELÉFONO	
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
PROPIETARIO DEL AUTOMÓVIL (SI FUERA DIFERENTE DEL CONDUCTOR)		NÚMERO DE TELÉFONO	
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
NOMBRE DE LA EMPRESA ASEGURADORA DEL PROPIETARIO O DEL CONDUCTOR		NÚMERO DE TELÉFONO	
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
NÚMERO DE PÓLIZA		NÚMERO DE RECLAMO	

LESIONES DE OTRO TIPO			
Tipo de lesión (Marque uno): ☐ Agresión ☐ Caída ☐ Laboral ☐ Otra (Describa a continuación)			
LUGAR DONDE OCURRIÓ LA LESIÓN		NÚMERO DE TELÉFONO	
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
PERSONA QUE POSEE/CONTROLA LA PROPIEDAD DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE		NÚMERO DE TELÉFONO	
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
NOMBRE DE LA EMPRESA ASEGURADORA:		NÚMERO DE TELÉFONO	
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
NÚMERO DE PÓLIZA	NÚMERO DE RECLAMO		
El paciente era (Marque uno): ☐ Empleado ☐ Invitado ☐ Cliente ☐ Otro (Describa a continuación)			
PERSONA QUE COMETIÓ LA PRESUNTA AGRESIÓN		NÚMERO DE TELÉFONO	
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
¿CÓMO OCURRIÓ LA LESIÓN O EL ACCIDENTE? (USE HOJAS ADICIONALES SI FUERA NECESARIO)			
FIRMA DE LA PERSONA QUE PREPARA EL INFORME			

SI TIENE PREGUNTAS, LLAME GRATIS AL 1-800-894-3754

ENVÍE ESTE FORMULARIO A:

DIVISION OF RATES AND FINANCE
COB CASUALTY UNIT
PO BOX 45561
OLYMPIA WA 98504-5561
Fax: (360) 753-3077