



JOE LOMBARDO  
Governor

STATE OF NEVADA  
DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES  
DIVISION OF WELFARE AND SUPPORTIVE SERVICES

RICHARD WHITLEY, MS  
Director

ROBERT THOMPSON  
Administrator

## SUBROGACIÓN MÉDICA/DE SEGURO

HMS - NV Casualty Recovery  
PO Box 844648  
Los Angeles, CA 90084-4648

FECHA:

DE: \_\_\_\_\_ Ref: \_\_\_\_\_  
Oficina distrital Nombre del Caso Núm. de Caso

Nombre de la persona lesionada, si no es el mismo que el nombre del Caso

Nombre/número de teléfono del cliente o cuidador/tutor

Formulario completado:  por correo  por teléfono  en persona

Marque todas las casillas que corresponden.

El cliente fue lesionado mientras estaba bajo custodia de las fuerzas del orden  SÍ  NO

Nombre de la agencia: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

La lesión estuvo relacionada con el trabajo  SÍ  NO

El cliente recibió o está recibiendo compensación del trabajador  SÍ  NO

Fecha de inicio: \_\_\_\_\_

Fecha de terminación (si corresponde): \_\_\_\_\_

El cliente tiene una lesión que fue consecuencia de un accidente que NO está relacionado con el trabajo  SÍ  NO

El cliente ha recibido o recibe actualmente atención médica por un accidente/lesión donde el caso legal ya se ha resuelto o todos los beneficios se han pagado/agotado  SÍ  NO



**INFORMACIÓN SOBRE EL ACCIDENTE/LESIÓN**

Fecha en que ocurrió \_\_\_\_\_ Hora aproximada \_\_\_\_\_  
(Mes, día, año) (A.M./P.M.)

Dirección y lugar \_\_\_\_\_

Cómo ocurrió el accidente \_\_\_\_\_

Otras partes involucradas \_\_\_\_\_

¿Su caso de accidente/lesión está abierto actualmente?  SÍ  NO Si NO, fecha en que se cerró el caso \_\_\_\_\_

¿Hubo una resolución en el caso?  SÍ  NO Fecha \_\_\_\_\_ Monto \_\_\_\_\_

**OTRA PARTE**

**SOLICITANTE**

Nombre del asegurado \_\_\_\_\_

Compañía de seguro \_\_\_\_\_

Dirección de la compañía de seguro \_\_\_\_\_

Número de póliza, si está disponible \_\_\_\_\_

Abogado, si participó \_\_\_\_\_

Dirección del abogado \_\_\_\_\_

Número de teléfono del abogado \_\_\_\_\_

Copia del informe de accidente:  Adjunta  Se enviará cuando esté disponible  
 No está disponible porque \_\_\_\_\_

***Firmo esta solicitud bajo pena de perjurio, lo cual quiere decir que he respondido en forma veraz a todas las preguntas, a mi mejor saber y entender. Sé que puedo quedar sujeto a penas bajo la ley federal si proporciono información falsa o no veraz en forma intencional.***

\_\_\_\_\_  
Firma Nombre con letra de molde Título/Parentesco Fecha Número de teléfono

