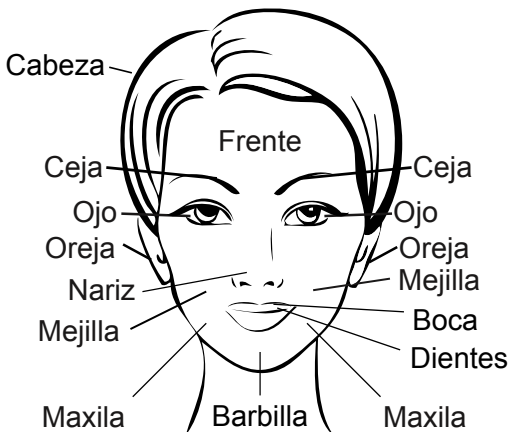
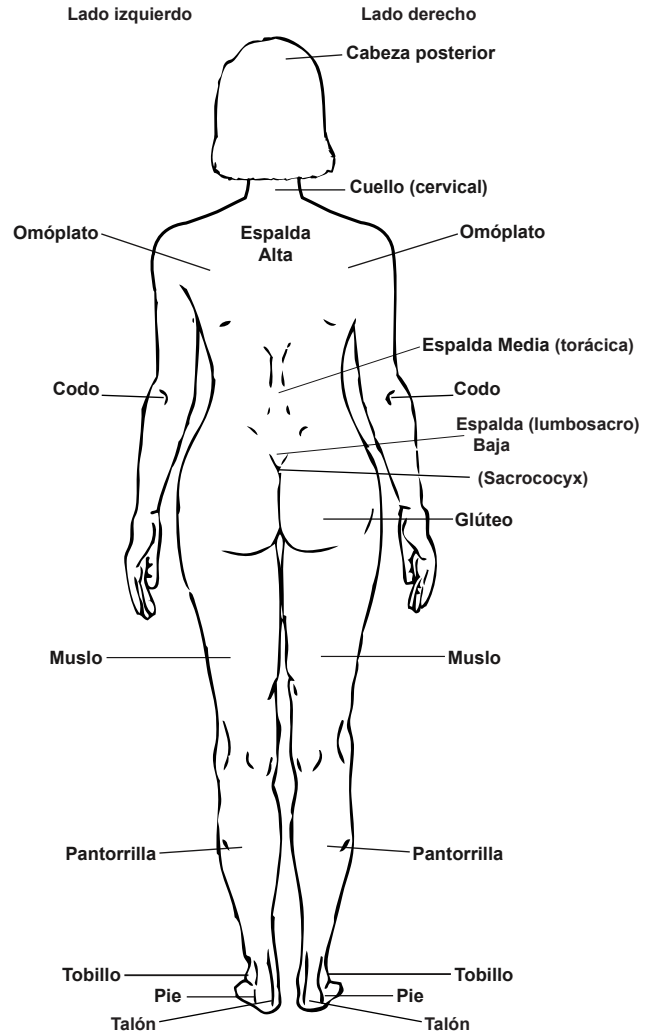
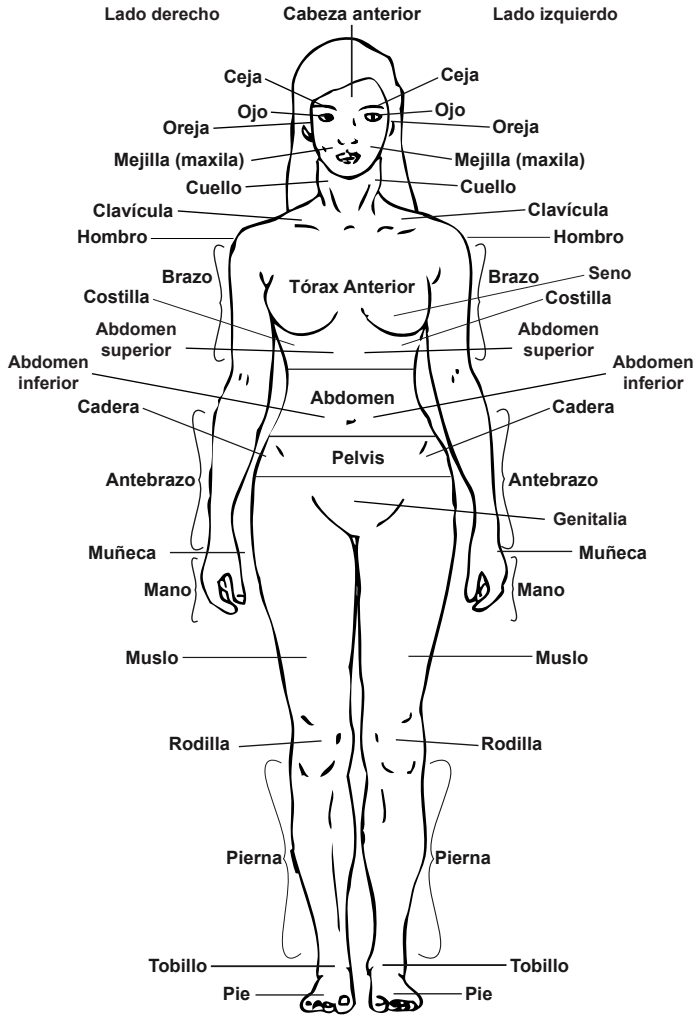


Nombre del Lesionado: _____ Fecha Accidente: _____

Núm. de Reclamación: _____

**DIAGRAMA DEL CUERPO HUMANO
PARA IDENTIFICAR LAS ÁREAS QUE FUERON IMPACTADAS EN EL ACCIDENTE DE AUTOMÓVIL**



¿Fue a Sala de Emergencia? Sí ___ No ___ ¿Dónde? _____

¿Fue hospitalizado? Sí ___ No ___ ¿Dónde? _____

Firma del Lesionado _____

Firma del familiar / encargado _____

Relación con el lesionado _____

Fecha _____