

# Casa View Chiropractic Clinic, Inc.

## AUTOMOBILE INSURANCE INFORMATION

*(Informacion de Seguro Automovilistico)*

Driver's name of the vehicle you were hurt in: \_\_\_\_\_  
*(Nombre del chofer del vehiculo en al cual usted se golpeo)*

Insurance Company: \_\_\_\_\_  
*(Nombre de la compania de seguro)*

Policy Number: \_\_\_\_\_  
*(Numero de poliza)*

Claim Number: \_\_\_\_\_  
*(Numero de reclamo)*

Name of Adjuster: \_\_\_\_\_  
*(Nombre del Agente)*

Phone Number: \_\_\_\_\_  
*(Telefono)*

Name of Driver of other vehicle (if any): \_\_\_\_\_  
*(Nombre de la compania de seguros del otro vehiculo)*

Policy Number: \_\_\_\_\_  
*(Numero de poliza)*

Claim Number: \_\_\_\_\_  
*(Numero de reclamo)*

Name of Adjuster: \_\_\_\_\_  
*(Nombre del Agente)*

Phone Number: \_\_\_\_\_  
*(Telefono)*

Name of Attorney: \_\_\_\_\_  
*(Nombre del Abogado)*

Phone Number: \_\_\_\_\_  
*(Telefono)*

---

### **IF THE PATIENT IS A MINOR CHILD:**

*(Si el paciente es menor de edad)*

You have my permission to treat my minor child: \_\_\_\_\_  
*(Usted tiene mi permiso de curar a mi hijo)*      NAME OF CHILD      *(Nombre de nino/nina)*

Signature of Parent / Guardian: \_\_\_\_\_  
*(Nombre del Padre / Guardiante)*

\*\*\* If you are the guardian (not the parent) of the minor, we must have a copy of the legal document giving you guardianship of this child.

*(Si usted es el guardian (no el padre) del menor, necesitamos copia del documento legal dandole derechos sobre este menor)*