



Estado Libre Asociado de Puerto Rico
**ADMINISTRACIÓN DE COMPENSACIONES
 POR ACCIDENTES DE AUTOMÓVILES**

INFORME DE ACCIDENTE

INSTRUCCIONES

ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE
 NO ESCRIBA EN LOS ESPACIOS *SOMBREADOS*

NUM. RECLAMACIÓN		FECHA INFORME		NUEVO		ADICIONAL		RIESGO			CASO ASISTENCIA				
								55	66	77	88	99			
SU AUTO		NUM. TABLILLA		PAIS/ESTADO		MARCA		AÑO		FECHA NOTIFICACION			POSIBLE RECOBRO		
DUEÑO						CONDUCTOR									
NOMBRE		APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE		APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO					
DIRECCION		CALLE Y NÚMERO		URBANIZACIÓN		DIRECCIÓN		CALLE Y NUMERÓ		URBANIZACION					
BARRIO		APDO. POSTAL		MUNICIPIO		BARRIO		APDO. POSTAL		MUNICIPIO					
ZONA POSTAL		TELEFONO				ZONA POSTAL		TELEFONO		FECHA NAC.		EDAD			
										MES DIA AÑO					
OCUPACION		NUM. SEGURO SOCIAL				OCUPACION		NUM. SEGURO SOCIAL							
NOMBRE DEL PATRONO		DIRECCIÓN DEL PATRONO				NOMBRE DEL PATRONO		DIRECCIÓN DEL PATRONO							
NOMBRE Y APELLIDOS CONYUGE – DUEÑO						LIC. COND.		FECHA EXP.		NOMBRE-APELLIDOS CÓNYUGE					
TUTOR		NOMBRE (SI EL CONDUCTOR ES MENOR)		APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NUMERO DEL SEGURO SOCIAL							
INFORME DE LA POLICIA		NUM. QUERELLA		FECHA ACCIDENTE		CUARTEL		NOMBRE Y NUM. PLACA DEL POLICIA							
				MES DIA AÑO											
		LUGAR DEL ACCIDENTE		CARRETERA		KM. HM.		PUEBLO		CODIGO		HORA A.M. P.M.		INVESTIGADOR	
DESCRIPCION DEL ACCIDENTE								CERTIFICO QUE ESTE INFORME ES CORRECTO Y VERDADERO							
								FIRMA DEL CONDUCTOR O DUEÑO							
LESIONADO						LESIONADO									
NOMBRE		APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE		APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO					
SEXO		DIRECCIÓN		CALLE Y NUMERÓ		URBANIZACIÓN		SEXO		DIRECCIÓN		CALLE Y NUMERO		URBANIZACIÓN	
M	F							M		F					
BARRIO		APDO. POSTAL		MUNICIPIO		BARRIO		APDO. POSTAL		MUNICIPIO					
ZONA POSTAL		TELEFONO		OCUPACION		ZONA POSTAL		TELÉFONO		OCUPACION					
NUM SEGURO SOCIAL		FECHA NACIMIENTO		EDAD		NUM. SEGURO SOCIAL		FECHA NACIMIENTO		EDAD					
		MES DIA AÑO						MES DIA AÑO							
CONDUCTOR		NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL PATRONO				CONDUCTOR		NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL PATRONO							
PASAJERO						PASAJERO									
PEATÓN						PEATÓN									
TELEFONO PATRONO		SALARIO SEMANAL		¿ESTABA EN FUNCIONES DE TRABAJO AL OCURRIR EL ACCIDENTE? SI NO		TELEFONO PATRONO		SALARIO SEMANAL		¿ESTABA EN FUNCIONES DE TRABAJO AL OCURRIR EL ACCIDENTE? SI NO					
				NUM. CASO FSE						NUM. CASO FSE					
¿TIENE PLAN MEDICO?		COMPANIA ASEGURADORA		NUMERO PÓLIZA O CONTRATO		¿TIENE PLAN MEDICO PRIVADO?		COMPANIA ASEGURADORA		NUMERO PÓLIZA O CONTRATO					
SI NO						SI NO									
NOMBRE DEL HOSPITAL DONDE FUE ATENDIDO				¿HOSPITALIZADO?		NOMBRE DEL HOSPITAL DÓNDE FUE ATENDIDO				¿HOSPITALIZADO?					
				SI NO						SI NO					
DESCRIBA LESIONES						DESCRIBA LESIONES									
CERTIFICO QUE ESTE INFORME ES CORRECTO Y VERDADERO						CERTIFICO QUE ESTE INFORME ES CORRECTO Y VERDADERO									
FIRMA DEL LESIONADO						FIRMA DEL LESIONADO									
FECHA						FECHA									
MES DIA AÑO						MES DIA AÑO									

LESIONADO

LESIONADO

NOMBRE			APELLIDO PATERNO			APELLIDO MATERNO			NOMBRE			APELLIDO PATERNO			APELLIDO MATERNO																
SEXO M F		DIRECCIÓN CALLE Y NUMERO				URBANIZACIÓN				SEXO M F		DIRECCION CALLE Y NUMERO				URBANIZACION															
BARRIO			APDO. POSTAL			MUNICIPIO			BARRIO			APDO. POSTAL			MUNICIPIO																
ZONA POSTAL			TELEFONO			OCUPACION			ZONA POSTAL			TELEFONO			OCUPACION																
NUM. SEGURO SOCIAL			FECHA NACIMIENTO MES DIA AÑO			EDAD			NUM. SEGURO SOCIAL			FECHA NACIMIENTO MES DIA AÑO			EDAD																
CONDUCTOR		NOMBRE Y DIRECCION DEL PATRONO											CONDUCTOR		NOMBRE Y DIRECCION DEL PATRONO																
PASAJERO													PASAJERO																		
PEATON													PEATÓN																		
TELEFONO PATRONO		SALARIO SEMANAL		¿ESTABA EN FUNCIONES DE TRABAJO AL OCURRIR EL ACCIDENTE? SI NO				NUM. CASO FSE		TELEFONO PATRONO		SALARIO SEMANAL		¿ESTABA EN FUNCIONES DE TRABAJO AL OCURRIR EL ACCIDENTE? SI NO				NUM. CASO FSE													
¿TIENE PLAN MEDICO PRIVADO? SI NO		COMPAÑIA ASEGURADORA			NUMERÓ PÓLIZA O CONTRATO				¿TIENE PLAN MEDICO PRIVADO? SI NO		COMPAÑIA ASEGURADORA			NUMERO PÓLIZA O CONTRATO																	
NOMBRE DEL HOSPITAL DÓNDE FUE ATENDIDO					¿HOSPITALIZADO? SI NO			NOMBRE DEL HOSPITAL DÓNDE FUE ATENDIDO					¿HOSPITALIZADO? SI NO																		
DESCRIBA LESIONES																															
CERTIFICO QUE ESTE INFORME ES CORRECTO Y VERDADERO																															
FIRMA DEL LESIONADO											MES			FECHA DIA AÑO		FIRMA DEL LESIONADO											MES			FECHA DIA AÑO	

1. Todo accidente de automóvil debe notificarse inmediatamente a la Policía.
2. Todo accidente de automóvil debe ser informado a la Oficina Regional ACAA más cercana dentro de los 15 días a partir de la fecha del accidente.
3. Toda documentación o evidencia requerida por esta agencia debe ser sometida dentro de los 60 días siguientes a partir de la fecha de la reclamación.

LA ACAA TIENE 10 OFICINAS REGIONALES PARA SERVIRLE...

EN CASO DE ACCIDENTE USTED PUEDE ACUDIR A LA OFICINA REGIONAL ACAA MÁS CERCANA DEL LUGAR DEL ACCIDENTE O DE SU RESIDENCIA

OFICINAS REGIONALES

SAN JUAN - 10
1254 AVE PONCE DE LEON PO BOX 13980
SAN JUAN PR 00908-3980
TEL (787) 725-2121
FAX (787) 722-4519 / (787) 725-2177

PONCE - 12
PONCE MALL PLAZA PO BOX 7471
PONCE PR 00732-7471
TEL (787) 843-3037
FAX (787) 8441353 / (787) 843-0190

CAGUAS-14
PLAZA GAUTIER BENÍTEZ (PRIMER PISO) CALLE GAUTIER BENÍTEZ
PO BOX 311, PR 00726-0311
TEL. (787) 7443101
FAX (787) 743-4999 / (787) 743-1142

GUAYAMA- 16
AVE. LOS VETERANOS KM 1.35 HM 5 CARR 3 PO BOX 2848
GUAYAMA PR 00785-2848
TEL (787) 864-0424
F A X (787) 864-8761 / (787) 866-0422

HUMACAO - 18
PLAZA 2000 CARR 924 JARDINES DE HUMACAO PO BOX 491
HUMACAO PR 00792-0491
TEL (787) 850-8877
F A X (787) 850-5656 / (787) 8503575

BAYAMON-11
EDIF WOMETCO
AVE MAIN
PO BOX 1015
BAYAMON, PR 00960-1015
TEL (787) 786-2828
(787) 740-2088 / (787) 786-2227

ARECIBO - 13
EDIF COOP ZENO GANDIA
URB VILLA LOS SANTOS
PO BOX 140849
ARECIBO PR 00614-0849
TEL (787) 878-4600
FAX (787) 879-2642 / (787) 878-4995

MAYAGUEZ-15
EDIF OFFICE PARK
CARR 2 HM. 157
(FRENTE CENTRO MEDICO)
PO BOX 3026 MARINA STATION
MAYAGUEZ PR 006813028
TEL (787) 834-6969
F A X (787) 833-9540 / (787) 832-6928

AGUADILLA - 17
CENTRO COMERCIAL
PLAZA VICTORIA CARR 2 PO BOX 944
AGUADILLA PR 00605-0944
TEL (787) 891-1212
FAX (787) 882-1120 / (787) 891-1573

CAROLINA-19
CAROLINA SHOPPING COURT
AVE 65 DE INFANTER(A)
PO BOX 675
CAROLINA PR 00966-0676
TEL (787) 762-7400
FAX (787) 750-1450 / (787) 762-7700

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
ADMINISTRACIÓN DE COMPENSACIONES POR ACCIDENTES DE AUTOMOVILES



Nombre del lesionado:
 Núm. de reclamación:

Fecha Accidente:
 Años en la ocupación:

Ocupación:
 Edad:

Datos médicos antes que puedan ayudar al manejo adecuado del lesionado:

Recibe o ha estado en tratamiento para:	Sí	No
1. Alta presión (Hipertensión Arterial)		
2 Azúcar en la sangre (Diabetes)		
3 Azúcar baja sangre (Hipoglucemia)		
4 Dolores de pecho		
5 Problemas auditivos		
Utiliza audifonos		
6 Dolores en huesos		
Artritis		
Osteoporosis		
7 Dolores en el cuello		
8 Padece de la espada		
9. Discos herniados		
10. Problemas visuales		
Usa espejuelos		
Cataratas		
Glaucoma		
11. Enfermedades Tiroides		
12. ¿Tiene puentes dentales?		
13, ¿Tiene dientes postizos?		
14. Problemas respiratorios		

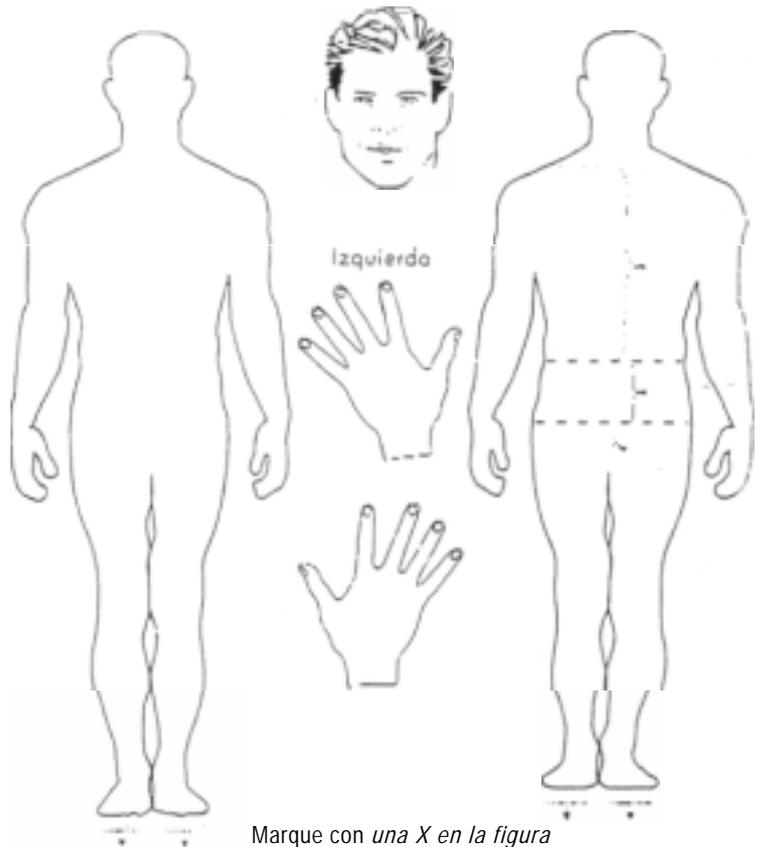
	Sí	No
Vesicula		
Apéndice		
Piedras en el riñón		
Otras:		
Especifique		
Estudios realizados durante los últimos cinco años:		
Si No		
MRI		Holter
CT Scan		Sonograma
Rayos X		Abdominal
¿Tiene médico de familia?		
¿Ha estado hospitalizado?		
Caso en Fondo del Seguro del Estado		

Si No	Si	No
Fuma		
Asma Bronquial		
Sinusitis		
Bronquitis Enfisema		
15 Inflamación estómago intestino duodeno		
16. Convulsiones		
17 Padece de los nervios		
18 Vejiga caída		
19 Incontinencia en orina		
20 Huesos rotos		
21 Brazo a piernas artificiales		
22 Dolor de cabeza		
Estuvo o está tomando medicamentos		
Actualmente:		
Si No		
Para la presión		Para la azúcar
Para la epilepsia		Para los nervios
Para el corazón		
Para dolores de cuello, espalda		

Alergias a medicamentos:		Sí	No
Si	No		
Aspirina	Iodo		
Sulfas	Penicilina		
Operaciones:			
Corazón (marcapasos)			
Quistes Ovarios			
Cataratas			
Quistes senos			
Hernias			
Discos herniados			
Tornillos/ varillas de fijación			

DIAGRAMA DEL CUERPO HUMANO

PARA IDENTIFICAR LAS ÁREAS QUE FUERON IMPACTADAS EN UN ACCIDENTE DE TRÁNSITO



Marque con una X en la figura

El lugar o lugares donde recibió la lesión o lesiones

ANTERIOR

POSTERIOR

Firma del lesionado o encargado

Fecha