

**To:**  
**County Medical Services Program**  
**Attention: TPL Unit**  
**1545 River Park Drive, Suite 435**  
**Sacramento, CA 95815**

**Sólo para uso del condado:**  
 Initial of person mailed: \_\_\_\_\_  
 Date the form mailed: \_\_\_\_\_  
*(Keep the copy in the file)*

**County Medical Services Program (CMSP)**  
 (Programa de servicios médicos de los condados o CMSP)  
**NOTIFICACIÓN DE RESPONSABILIDAD POTENCIAL DE TERCEROS**

1. ¿Ha utilizado usted el CMSP o lo va a utilizar para su lesión o enfermedad? .....  Sí  No
2. ¿Ha presentado usted una demanda o reclamación al seguro o **la va a presentar**? .....  Sí  No

*Si la respuesta es "Sí" a una o a ambas de las anteriores preguntas, complete lo siguiente:*

3. La lesión o enfermedad ocurrió en:  Hogar  Escuela  En la propiedad de otra persona  
 Trabajo  Vehículo motorizado  Otro \_\_\_\_\_

|                                      |        |        |   |                          |
|--------------------------------------|--------|--------|---|--------------------------|
| Nombre del caso (nombre y apellidos) |        |        | Fecha de la lesión o enfermedad (DEBE PROPORCIONARSE LA FECHA. Día/Mes/Año) |                          |
| Dirección (número y calle)           | Ciudad | Estado | Código postal   | Número del seguro social |
| Dirección de correo                  | Ciudad | Estado | Código postal   | Número telefónico<br>( ) |

**Persona(s) lesionada(s):**

| Nombre | Fecha de nacimiento | Código del condado | Código de la ayuda | Número del seguro social (si no lo tiene dé el número de CMSP o CIN) |
|--------|---------------------|--------------------|--------------------|--|
|        |                     |                    |                    |  |
|        |                     |                    |                    |  |
|        |                     |                    |                    |  |

4. ¿Ha presentado una demanda, o **la va a presentar**?  Sí  No Si la respuesta es "sí", proporcione la siguiente información:
- |                     |        |        |                          |  |
|---------------------|--------|--------|--------------------------|--|
| Nombre del abogado  |        |        | Número telefónico<br>( ) |  |
| Dirección de correo | Ciudad | Estado | Código postal            |  |

5. ¿Tiene un seguro (además de CMSP) que **le cubra a usted o a alguien más** por esta lesión o enfermedad (automóvil, vivienda, establecimiento, accidente)?  Sí  No Si la respuesta es "sí", proporcione la siguiente información:
- |                          |                                |                  |                          |  |
|--------------------------|--------------------------------|------------------|--------------------------|--|
| Compañía de seguros      |                                |                  | Número telefónico<br>( ) |  |
| Dirección de correo      | Ciudad                         | Estado           | Código postal            |  |
| Tasador de reclamaciones | Número de reclamación o póliza | Número de póliza |                          |  |

**LESIÓN RELACIONADA CON EL TRABAJO**

- ¿Ha presentado una solicitud a *Workers' Compensation*?  Sí  No Si la respuesta es "sí", proporcione lo siguiente:
- |                                       |        |                   |   |  |
|---------------------------------------|--------|-------------------|---|--|
| Empleador cuando ocurrió el accidente |        | Número telefónico | Número de reclamación o caso de Workers' Compensation |  |
| Dirección de correo                   | Ciudad | Estado            | Código postal   |  |

**NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA**

**SÓLO PARA USO DEL CONDADO**

|                    |               |        |                         |
|--------------------|---------------|--------|-------------------------|
| Eligibility worker | Worker number | County | Telephone number<br>( ) |
|--------------------|---------------|--------|-------------------------|