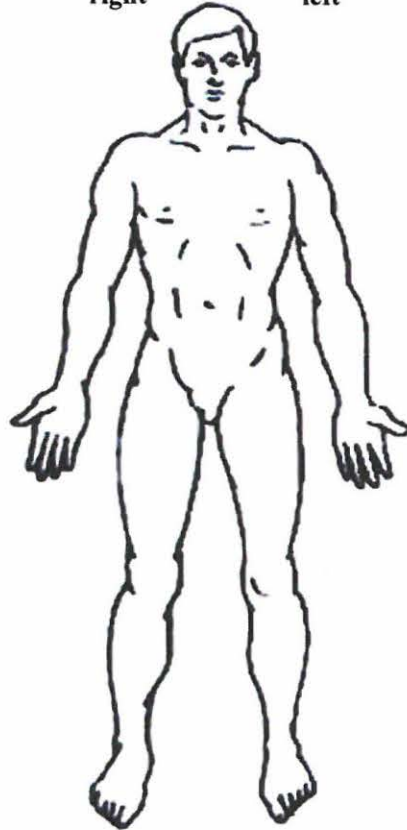


Please mark on the picture and checkbox the body part injured as reported:
 (Marque por favor en la photographia y en la caja la parte del cuerpo lastimado:)

- LEFT SIDE (Lado Izquierdo)
- RIGHT SIDE (Lado Derecho)
- FRONT (Frente)
- BACK (Espalda)
- HEAD (Cabeza)
- FACE (Cara)
- NECK (Cuello)
- SHOULDER (Hombro)
- ARM (Brazo)
- WRIST (Muñeca)
- HAND (Mano)
- FINGER(S) (Dedo(s))
- CHEST (Pecho)
- ABDOMEN (Abdomen)
- RIBS (Costillas)
- HIPS (Cadera)
- BUTTOCKS (Nalga)
- THIGH (Muslo)
- KNEE (Rodilla)
- LEG (Pierna)
- ANKLE (Tobillo)
- FOOT (Pie)
- OTHER (Otra Parte)

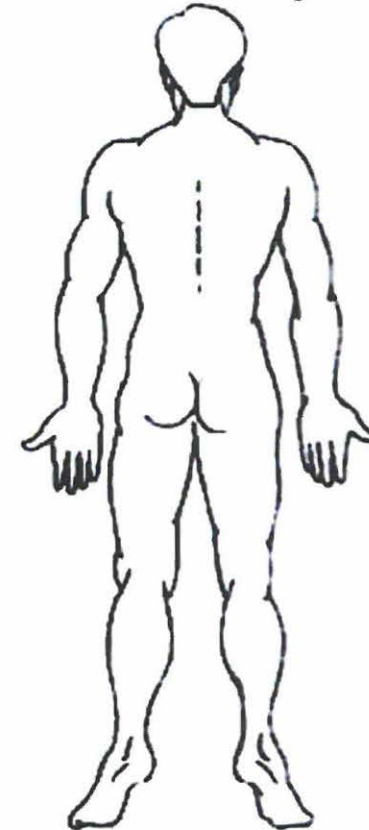
(Vista Frontal)
FRONT VIEW

(derecho) (izquierda)
right left



(Vista Posterior)
BACK VIEW

(izquierda) (derecho)
left right



Claimant Signature (Firma)

Date (Fecha)