

INFORMACIÓN PARA LA COMPENSACIÓN LABORAL

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

Teléfono (____) _____ Número de Seguro Social _____

Nombre del Empleador _____

Dirección del Empleador _____

Persona de Contacto/Gerente _____ Número de Teléfono (____) _____

Fecha de la Lesión/Accidente ____/____/____ Estado en el que se produjo la lesión _____

En esa fecha, cuál era su puesto de trabajo _____

En la fecha de la lesión, describa su actividad laboral habitual _____

INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO DE LA COMPENSACIÓN LABORAL

Compañía de la Compensación Laboral _____

Dirección de la Compañía _____

de Caso WCB _____ # de Caso de la Compañía _____

Ajustador _____ Número de Teléfono (____) _____

Describa cómo ocurrió su lesión y qué parte se lesionó

¿Ha perdido tiempo del trabajo? Sí _____ No _____ De Ser Así, ¿Cuánto Tiempo? _____

¿Está trabajando ahora? Sí _____ No _____ Último día que Trabajó _____

Cuál es su situación laboral actual (Por favor marque una)

Regular _____ Trabajo Ligero _____ No Trabajo Debido a la Lesión _____

¿Ha visto a otro médico por esta lesión? Sí _____ No _____

En caso afirmativo, por favor indique el nombre y el número de teléfono

Nombre del Médico _____ Número de Teléfono (____) _____

COMPENSACIÓN LABORAL- PACIENTE NUEVO

CUENTA # _____

Fecha de la Consulta _____

Nombre _____

Fecha de Nacimiento ____/____/____

Médico Tratante

____ Salvatore Corso, MD

____ Jeffrey Guttman, MD

Tratamientos Solicitados

- Terapia Físico Terapia Ocupacional Terapia de Masaje Acupuntura
- Diagnóstico - IRM TC EMG Otro _____
- Visco Inyecciones
- Cirugía _____
- Otro _____

¿Cuál es el porcentaje actual de discapacidad? _____%

Estado Laboral Actual

Regular _____ Trabajo Ligero _____ No Trabajo Debido a la Lesión _____

Fecha prevista para regresar al trabajo ____/____/____ Limitaciones _____