



New York
Orthopaedic & Comprehensive
Medical Services, P.C.

A **NYSI** Affiliate

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? Si No De Ser Así, ¿Cuánto Tiempo?: _____

¿Está trabajando ahora? Si No Último día que Trabajó: _____

Cuál es su situación laboral actual Regular Trabajo Ligero No Trabajo Debido a la Lesión
(Por favor marque una).

¿Ha visto a otro médico por esta lesión? Si No

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

Nombre del Médico: _____ Número de Teléfono: _____



New York
Orthopaedic & Comprehensive
Medical Services, P.C.

A **NYSI** Affiliate

COMPENSACIÓN LABORAL- PACIENTE NUEVO

Cuenta #: _____ Fecha de la Consulta: _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento : _____

TMédico Tratante Salvatore Corso, MD Jeffrey Guttman, MD

Tratamientos Solicitados

Terapia Físico Terapia Ocupacional Terapia de Masaje Acupuntura

Diagnóstico IRM TC EMG Otror: _____

Visco Inyecciones: _____

Cirugía: _____

Otro: _____

¿Cuál es el porcentaje actual de discapacidad?: _____ %

Estado Laboral Actual (Por favor marque una). Regular Trabajo Ligero No Trabajo Debido a la Lesión

Fecha prevista para regresar al trabajo: _____

Limitaciones: _____