



## CUESTIONARIO – JUBILACIÓN POR DISCAPACIDAD

Adjunte cualquier documento pertinente a su reclamo, como el informe médico más reciente, la correspondencia más reciente de las compañías de seguros, etc. Si no tiene estos documentos a mano, envíe un correo electrónico a [newclientinfo@ghitterman.com](mailto:newclientinfo@ghitterman.com) antes de su cita.

Fecha y Hora de la Cita: \_\_\_\_\_

### INFORMACION GENERAL

Nombre: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Teléfono de celular/casa.: \_\_\_\_\_

Correo electrónico (Personal): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_

Lenguaje primario: \_\_\_\_\_ Necesita intérprete? \_\_\_\_\_

¿Tiene un Smartphone (teléfono inteligente)? \_\_\_\_\_

¿Utiliza mensajes de texto? \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia (Nombre, relación, número telefónico de celular):

\_\_\_\_\_

Como fue referida/o a nuestra oficina?: \_\_\_\_\_

Empleador al tiempo que fue lesionado: \_\_\_\_\_

Domicilio y número telefónico: \_\_\_\_\_

Cuál es la posición de trabajo que tiene en su empleo?: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Primer día de trabajo: \_\_\_\_\_ Ultimo día de trabajo: \_\_\_\_\_

Nombre de la aseguradora que está encargada de su caso, por favor indique el nombre, domicilio, número telefónico y numero de reclamo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre del ajustador que está asignado a su reclamo, por favor indique su domicilio, número telefónico y correo electrónico: \_\_\_\_\_

Nombre, domicilio y número telefónico de cada proveedor de donde ha recibido tratamiento medico para su lesión de trabajo: \_\_\_\_\_

Nombre, domicilio, número telefónico y correo electrónico de su doctor familiar: \_\_\_\_\_

¿Tiene otro abogado o ha tenido otro abogado? Si es así, ¿quién? \_\_\_\_\_

**LESION(es)**

¿En qué lugar (ciudad) ocurrió la lesión? \_\_\_\_\_

¿Está tratando actualmente con un médico? \_\_\_\_\_

Si su lesión fue en día específico, ¿en que fecha, en que lugar, y como ocurrió su accidente? (Si usted tiene mas de una lesión específica, por favor responda las 3 preguntas para cada lesión)

A quién? y cuando fue que le reporto a su empleador que se había lesionado? \_\_\_\_\_

Si su lesión sucedió a través del tiempo, cuando fue que usted se dio cuenta o sintió algún síntoma: \_\_\_\_\_

Si su lesión sucedió a través del tiempo por favor describa sus responsabilidades de trabajo que usted cree que contribuyeron a su lesión(es) de trabajo: \_\_\_\_\_

Por favor identifique TODA Y CUALQUIER parte del cuerpo que usted cree ser relacionadas con su lesión de trabajo: \_\_\_\_\_

Ha recibido tratamiento médico en la parte o partes del cuerpo que se lastimo en el trabajo? Si la respuesta es SI, por favor indique que parte del cuerpo fue, los problemas, síntomas y/o tratamiento para cada parte del cuerpo afectada: \_\_\_\_\_

Por favor indique si usted sufre alguna de estas condiciones:

Alta presión sanguínea \_\_\_\_\_ Hipertensión \_\_\_\_\_ Diabetes \_\_\_\_\_ Corazón \_\_\_\_\_

Inmunológico \_\_\_\_\_ Sistema endocrino \_\_\_\_\_ Respiratorio \_\_\_\_\_

Gastrointestinal \_\_\_\_\_ Riñón \_\_\_\_\_ Urología \_\_\_\_\_ Cáncer \_\_\_\_\_ Oído \_\_\_\_\_

Visión \_\_\_\_\_ Cuello \_\_\_\_\_ Espalda \_\_\_\_\_ Hombros \_\_\_\_\_ Codos \_\_\_\_\_

Muñecas \_\_\_\_\_ Cintura \_\_\_\_\_ Rodillas \_\_\_\_\_ Tobillos \_\_\_\_\_ Psicológico \_\_\_\_\_

Si respondió "SI" a alguna(s) condición(es) de las que se acaban de mencionar, por favor describa el problema y cuando comenzó: \_\_\_\_\_

Por favor describa todas y cualquier restricciones de su capacidad para trabajar que existían antes de su lesión de trabajo: \_\_\_\_\_

### **SALARIO**

Si usted ha tenido que faltar a su trabajo, cuando fue el último día que usted trabajo para su empleador?: \_\_\_\_\_

Cuánto era su salario por hora el día de su lesión?: \$ \_\_\_\_\_

Horas trabajadas semanal: \_\_\_\_\_ Horas Extra: \_\_\_\_\_

Si usted tenía un segundo trabajo, cuando fue que usted dejó de trabajar, por favor identifique el nombre, el domicilio y el número telefónico del empleador: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Cuánto fue el salario en su segundo trabajo? \_\_\_\_\_

Si ha recibido dinero desde que dejó de trabajar, cuánto está recibiendo cada dos semanas y quien le está pagando este monto? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Si es que ya ha regresado a trabajar, en qué fecha regreso?: \_\_\_\_\_

*Envíe esta forma completada a [newclientinfo@ghitterman.com](mailto:newclientinfo@ghitterman.com) o tráigala con usted a su cita.*