



CUESTIONARIO – COMPENSACION DE TRABAJADORES

INFORMACION GENERAL

Nombre: _____

Domicilio: _____

Teléfono de celular/casa.: _____

Correo electrónico: _____

Fecha de nacimiento: _____ SSN: _____

Lenguaje primario: _____ Necesita intérprete? _____

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 aseguranza 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:

LESION(es)

Si su lesión le paso en un día específico, **en que fecha fue y como le sucedió?** (Si usted tiene más de una lesión específica, por favor anote las fechas y cual fue la lesión en esa fecha en particular?) _____

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 trabajó 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 o tráigala con usted a su cita.