



DATOS PERSONALES

Fecha _____ Número de Archivo _____

Nombre _____

SEGURO ADICIONAL

Clase de seguro _____

Nombre de la compañía _____

Dirección _____

Teléfono _____

Nombre del asegurado(a) _____

de póliza _____ # de este reclamo _____

SS del asegurado(a) _____ D.O.B. _____

Empleador del asegurado(a) _____

Nombre del agente de seguros _____

ACCIDENT EN EL TRABAJO

Fecha y hora del accidente _____ a.m. p.m.

¿Fue su accidente directamente relacionado con el trabajo? Sí No

En breve, describa lo ocurrido antes y durante el accidente

Dé la dirección donde ocurrió el accidente (sí es diferente a la del lugar del trabajo) _____

¿Estuvo alguien presente cuando ocurrió el accidente? Sí No

¿Reportó el accidente a sus superiores o al jefe? Sí No

¿Qué recomendaciones le sugirieron sus superiores después del accidente?

¿Ha tenido usted accidentes parecidos a éste? Sí No

¿Sabe usted si ésta clase de accidentes han sucedido anteriormente? Sí No

En general

¿Físicamente, le produce su trabajo estrés? Sí No

¿Mentalmente, le produce su trabajo estrés? Sí No

¿Es ruidoso el sitio donde trabaja? Sí No

¿Ha cambiado de trabajo este último año? Sí No

CONTINUA AL DORSO

DESPLIES DE LA LESION

Cayó usted inconsciente Sí No

Si respondió que sí, ¿por cuanto tiempo? _____

Por favor describa como se sintió inmediatamente después del accidente _____

¿Ha ido al hospital o visto cualquier otro médico? Sí No

¿Cuando fué? Inmediatamente Al próximo día Después de dos días

¿Cómo llegar? Ambulancia Transporte particular

Nombre del hospital y del doctor que la atendió _____

El título del doctor es D.C M.D. D.O. D.D.S.

Describe los tratamientos que recibió _____

¿Le tomaron radiografías? Sí No

¿Le prescribieron medicamentos? Sí No

¿Ha podido trabajar después de accidente? Sí No

¿Tiene usted impedimentos en su trabajo a consecuencia de la lesión?

Sí No ¿Ha contratado a un abogado? Sí No

Nombre _____

y número de teléfono _____

Indique los síntomas que han resultado de éste accidente

- Dolor en el cuello Vértigo Problemas de la mandíbula Náuseas
 Pies/dedos insensibles Insomnio Dolor en brazos/hombros Dolor de espalda
 Dolor de cabeza Irritabilidad Dedos/Manos insensibles Respiración corta
 Visión borrosa Fatiga Dolores en el pecho Espalda rígida
 Zumbido en los oídos Tensión Dolor en la espalda baja Dolor de piernas
 Trímbr en los oídos Cuello rígido Malestar de estómago Desmemoriado

Indique el nivel de dolor cuando hace alguna de las siguientes actividades

	Cómodo	Incómodo	Doloroso
Acostado boca arriba	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acostado de lado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acostado boca abajo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estirandose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relación Sexual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Caminando	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Corriendo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haciendo deportes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trabajando	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Levantando algo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inclinandose o doblandose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Arrodillandose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jalando	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alcanzando	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Su condición ha empeorado? Sí No Es constante Va y viene

RECUPERACION

¿Cuántas horas al día trabaja? _____

Por favor indique con las actividades que usted normalmente hace en su trabajo.

- Esta de pie Conduce Usa maquinaria
 Esta sentado Gira su cuerpo Trabaja con las manos elevadas
 Camina Gatea/arrastra Escribe a máquina
 Levanta Inclinars/doblarse Agachado
 Otros _____

¿En que posiciones puede trabajar con un mínimo esfuerzó físico y por cuanto tiempo? _____

Antes de lesionarse, ¿podia usted trabajar igual que otras personas de su ead? Sí No N/A ¿Trabaja usted con personas que puedan ayudarle levantar cosas pesadas? Sí No N/A

Mientras se recupera, ¿hay algún trabajo suave que pueda usted solicitar? Sí No N/A

Si alguna información médica o financiera a cambiado, per favor informe a nuestro personal. Recuerde que usted es últimamente responsable por su cuenta.

Firma _____

Fecha _____

Solo para uso interno

