

Informacion de Incidente de Compensacion Laboral

Nombre del paciente

Fecha de Hoy

Nombre de la compañía de seguros de compensacion laboral:

Nombre de su compañía de trabajo/empleador:

Fecha en la cual ocurrio la lesion laboral:

Hora en que ocurrio la lesion: _____ a.m / p.m

Ultimo dia de trabajo: (mes) _____ (Dia) _____ (Años) _____

Fue usted hospitalizado? Si___ No___ - Si usted fue hospitalizado por favor conteste las siguientes preguntas:

Cuando fue hospitalizado? ___ Inmediatamente ___ Mas tarde el mismo dia ___ El proximo dia ___ Fecha _____

Como fue transportado al hospital? ___ Ambulancia ___ Helicoptero _____ Transporte Privado

Que recomendaciones le hicieron en el hospital? ___ No le dieron instrucciones ___ Que viniera a esta clinica ___

Que se hiciera ver por un Quiropractico ___ Que hiciera cita con su Doctor _____ Que fuera adonde un Ortopedista

___ Que se hiciera ver con un neurologo ___ Le recetaron medicinas por prescripcion ___ Otro

Le tomaron radiografias? ___ Si ___ No

En que area?

Mi actual estado laboral es: (por favor marque la cajilla adecuada)

___ Sin trabajar debido a las lesiones sufridas en el accidente laboral reportado

___ Trabajando sin restricciones

___ Trabajando con restricciones/Ejerciendo trabajo liviano

Yo ___ he ___ Nunca estado involucrado en un accidente or incidente laboral previo.

Si usted ha estado involucrado en un accidente o sufrido lesiones laborales anteriormente, por favor conteste las siguientes preguntas.

Condicion de las lesiones pasadas:

___ tratado y resuelto

___ tratado, sin resolver, y localizado en una area distinta al presente accidente.

___ tratado, sin resolver y en la misma localizacion de la lesion presente.

Sin tratar y en areas completamente distintas al area presente.

Sin tratar y todavia estoy experimentado sintomas residuales

Sin tratar y no tengo sintomas residuales

Nombre del empleado al cual usted reporto su accidente/lesion _____

Titulo del empleado: _____ Telefono: _____

La lesion/accidente ocurrio en (localizacion) _____

Cuantas horas habia ya trabajado antes el mismo dia en que ocurrio el accidente? _____

Que tipo de trabajo estaba haciendo cuando ocurrio el accidente? _____

Describe como ocurrio el accidente:

—

—

Yo:

He recibido tratamiento de otro doctor por las lesiones que sufrí en este accidente.

No he recibido tratamiento de otro doctor por las lesiones que sufrí en este accidente.

Si usted ha recibido tratamiento por otro doctor, por favor conteste las siguientes preguntas:

Nombre del doctor y tratamiento actual o pasado: _____

Como resultado del tratamiento que he recibido hasta ahora:

Mi condicion ha mejorado

Mi condicion no ha mejorado

Mi condicion ha empeorado desde el dia de la lesion/accidente a pesar del tratamiento que he recibido hasta ahora.

