

Información De Compensación De Trabajador

(Worker Compensation Information)

Información del Paciente

(Patient Information)

Fecha (Date): _____

Nombre (Name): _____ Fecha de Nacimiento (Birthdate): _____

De Seguro Social (Soc. Sec. #): _____

Dirección (Address): _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Numero de Teléfono de Hogar (Telephone #): (____) _____

Numero de Celular (Cell Phone): (____) _____

Correo Electrónico (Email): _____

Ocupación (Occupation): _____

Empleador

(Employer)

Nombre del empleador (Employer Name): _____

Dirección del empleador (Employer's address): _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Numero de Tel. del empleador (Employer Phone): (____) _____

Lesión verificada por (Injury verified by (for office use)): _____

Persona de Contacto (Contact person): _____

Correo Electrónico (E-mail): _____

Portador de Compensación de Trabajador

(Worker Compensation Carrier) (For office use)

Portador de Compensación de trabajador (Worker Compensation Carrier): _____

Dirección del portador (Carrier Address): _____

Numero de teléfono del portador (Carrier Phone): _____

Cobertura verificada por (Coverage verified by): _____

Nombre del Ajustador (Adjuster's name): _____

Numero de reclamo (Claim number): _____

Información de la Lesión

(Injury Information)

Fecha de la lesión (Date of injury): _____ **Hora** (Time): _____ () AM, () PM

Lugar donde ocurrió la lesión (Place of injury): _____

¿Fue el accidente reportado a su empleador? (Accident reported to employer?: () Si, () No.

Nombre de la persona a la que reporto el accidente (Name of person you reported accident to): _____

De una descripción completa de como ocurrió el accidente (Give a full description of how the accident happened): _____

¿Ha perdido tiempo en el trabajo? (Have you lost time at work?): () Si, () No.

¿Cuánto? (How much?): _____.

¿Ha visto a otros doctores por esta condición? Nombre del Doctor (Other doctors seen for this condition? Doctor's name): _____

Diagnosis: _____

¿Le tomaron radiografías? (X-rays taken?): () Si, () No. **¿Otros exámenes?** (Other exams?): () Si, () No.
Si fue así, ¿Por quien? Por favor nombre los exámenes y los resultados (If yes, by whom? Please list test(s)
and
result(s): _____

¿Ha tenido lesiones anteriores de Compensación de Trabajador? (Any previous Worker Compensation
injuries?):

() Si, () No. **Fechas de lesiones anteriores** (Dates of previous injuries): _____

Describe las lesiones anteriores de Compensación de Trabajador (Describe previous Worker Compensation
injuries): _____

Autorización
(Authorization)

Entiendo claramente y estoy de acuerdo que los servicios dados serán cobrados directamente a mi, y soy personalmente responsable por los pagos en el evento de que mi reclamo de beneficios de Compensación de Trabajador sea negado. Entiendo que llenar papeles para beneficios de Compensación de Trabajador no me quita la responsabilidad de pagar todos los cargos (I clearly understand and agree that all services rendered to me are charged directly to me and that I am personally responsible for payment in the event that my claim for Worker Compensation benefits is denied. I understand that filling for Worker Compensation benefits does not relieve me from my responsibility for the payment of all charges).

Firma: _____
Paciente, padre, o representante personal

Fecha(Date): _____

Inprima Nombre: _____
Paciente, padre, o representante personal

Relacion al Piente(Relationship to patient)

