

CUESTIONARIO DE COMPENSACIÓN PARA OBREROS

POR FAVOR LLENE COMPLETAMENTE TODAS LAS PREGUNTAS

Nombre _____ Sexo _____ Edo. Civil: C S V D Edad _____ Fecha de Nacimiento _____
 Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
 Ocupación _____ ¿Quién lo referió a esta oficina? _____
 (Indique si es niño, estudiante, ama de casa, sin empleo, retirado)
 Empleado por _____ Dirección de empleo _____
 Número de Seguro Social _____ Teléfono de Negocio _____ Teléfono (de casa) _____
 Nombre de Esposo(a) _____ Ocupación _____ Empleo por _____
 Por favor explique en detalle como ocurrió su accidente _____

Por favor describa su empleo, en detalle _____

¿Ha usted retenido un licenciado: Si No Litigio? Si No Quizá

Si, si, nombre y domicilio _____

Dé hora y fecha cuando el daño presente ocurrió _____ AM PM 20 _____

¿Donde sintió dolor inmediatamente después del accidente? _____

¿Regresó Ud. a trabajar? Si Si sí, fecha del regreso al trabajo _____

No Si no, fechas de los días sin trabajo _____

Dé nombres de otros doctores que halla visto, fechas de sus citas médicas y tratamiento dado _____

¿Se ha Ud. dañado esta área antes? Si No ¿Si sí, cuando? _____

¿Si Ud. fué dañado, perdió tiempo de empleo? Si No

Si Ud. perdió días útiles de empleo por daños antes que este daño presente, por favor dé el nombre del doctor o doctores consultados _____

¿Hay otras enfermedades o accidentes que afectan su empleo? Si No Si sí, por favor explique _____

¿En su trabajo, tiene Ud. que cuidar más una parte de su cuerpo? Si No Si sí, por favor explique _____

¿Tiene Ud. historia de estar ausente por causa de accidentes en el trabajo? Si No

¿Ha Ud. tenido antes una reclamación de Compensación para Obreros? Si No

Escriba todos otros accidentes/daños sufridos, empezando con el más reciente _____

¿Antes del daño era Ud. capaz de trabajar en el mismo nivel con otros de su misma edad? Si No

¿Están sus actividades de trabajo limitadas como resultado de este accidente? Si No Si sí, dé un porcentaje de la limitación _____

¿Están sus actividades de entretenimiento limitadas como resultado de este accidente? Si No Si si, dé un porcentaje de la limitación _____

¿Desde que ocurrió este daño sus síntomas están mejorando? empeorando? igual?

Firma _____ Fecha _____