

Información De Cliente

Fecha: _____ Referido Por: _____

Nombre: _____ Teléfono: (____) _____

Dirección: _____

Información de Empleo:

Nombre de Empleador: _____

Dirección: _____

Teléfono: (____) _____

Fecha Que Comenzo a Trabajar: _____ Ultima Fecha Que Trabajó: _____

Sueldo: \$ _____ Horas Por Semana ____

Ocupación/Oficio: _____

¿Sigue Empleado?: Si/ No _____ Si No, Explique: _____

Fecha de Herida: _____ Fecha de Herida #2: _____

Partes del Cuerpo heridas: _____

Como sucedio el Accidente: _____

Tratamineto Medico:

Clinica Donde Recibio Tratamiento Medico: _____

MRIs/X-rays/P.T. _____

¿Cirugía Recomendada?: Si/No

¿Medico le Dio de Alta?: Si/No

Fecha: _____

Panel QME: Si/No Medico: _____

Información de Aseguranza:

Nombre de Aseguranza: _____ Dirección: _____

Teléfono: () _____ Numero de Reclamo: _____

Beneficios: Incapacidad Temporal _____

Incapacidad Permanente: _____

Heridas Anteriores:

Casos de Compensación de Trabajadores: Si/No Cuándo? _____

Partes del Cuerpo: _____

Huvo Arreglo: Si/No \$ _____

Herida Personal: Si/No ¿Cuándo? _____

Partes del Cuerpo:: _____

¿Huvo Arreglo?: Si/No \$ _____