

FORMA DE COMPENSACIÓN DE TRABAJO

ESTA FORMA DEBE SER LLENADA COMPLETAMENTE ANTES DE QUE EL RECLAMO SEA HECHO

NOMBRE _____ DIRECCIÓN _____

1. Fecha de Hoy _____
2. Nombre de empleado y dirección _____
3. Esta su lesión cubierta por el seguro? _____ Si es así, Quien? _____
4. Dirección de compañía _____
5. Cual fué la fecha y la hora del accidente? _____
Adonde lo trasladaron después del accidente? _____
6. Qué tratamiento recibió? _____
7. Consultó usted otro doctor? _____ Si es así, Quien? _____
8. Por cuanto tiempo recibió cuidado del otro doctor? _____
9. Donde siente el dolor? _____
10. Ha lesionado usted esta area antes? _____ Cuando? _____
11. Ha tenido otras enfermedades o accidentes que afectaron su trabajo? _____
Reportó usted lesiones a la compañía o capataz? _____
12. Recibió alguna cortada o impedimentos para moverse del accidente? _____
13. Ha tenido usted alguna cirugía _____ Si es así, Cuál? _____
14. Antes de la lesión, era usted capaz de trabajar en bases iguales con otros de su misma edad? _____
15. Cuanto tiempo a trabajado para su presente patron? _____
16. Esta usted trabajando en el presente? _____
Esta usted incapacitado? _____
17. Si esta usted incapacitado, cuando fué el ultimo día de trabajo? _____
18. Por favor explique con detalles como y cuando el accidente tomó lugar? _____

ACUERDO PARA PAGAR EN EL EVENTO QUE LA COMPENSACIÓN SEA DENEGADA: En el evento que no pueda hacer su reclamo por la compensación de trabajo por esta enfermedad o condición, o si es determinado que la enfermedad o condición no es resultado de un caso de compensación de trabajo, yo estoy de acuerdo en pagarle a esta oficina la cantidad usual y acostumbrada por los servicios brindados.

Fecha _____ Firma _____