

**Sección 4: A ser completado por el médico de cabecera del reclamante**

Nombre del paciente		Fecha de nacimiento	Número seguro social:
Estatura	Peso	Presión arterial (última visita)	
<b>1</b> El paciente no está/estuvo apto para trabajar debido a: (marque uno) <input type="checkbox"/> Lesión <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Embarazo			
<b>2</b> Diagnóstico (incluya complicaciones y el ICD 9)			
<b>Para embarazos normales, complete encasillados del 3-6, luego pase al encasillado número 25</b>			
<b>3</b> ¿Cuál es la fecha del último periodo?	<b>4</b> ¿Cuál es la fecha esperada del parto?	<b>5 Fecha del primer tratamiento:</b>	<b>6 Fecha del último tratamiento:</b>
<b>Para todas condiciones excepto embarazo normal, complete los siguientes encasillados</b>			
<b>7</b> ¿Cuándo los síntomas aparecieron por primera vez o cuándo ocurrió el accidente?	<b>8</b> Fecha en que le avisó a su paciente a dejar de trabajar <b>Periodo de Incapacidad desde _____ hasta _____</b>	<b>9</b> ¿Es la condición debido a lesión o enfermedad resultante del empleo de su paciente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>10</b> ¿Ha tenido su paciente la misma condición o similar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	De sí, indique cuándo y describa		
<b>11</b> Fecha de la primera visita	<b>12</b> Fecha de la última visita	<b>13</b> Frecuencia de las visitas	
<b>14</b> Resultados Objetivos (Rayos-X, EKG's, resultados de laboratorio y resultados clínicos)		<b>15</b> Síntomas Subjetivos	
<b>16</b> Naturaleza del Tratamiento (cirugía, medicamentos, etc.) Provea dosis de medicamentos y su frecuencia			
<b>17</b> Nombre y dirección de otros médicos que traten a su paciente:			
<b>18</b> ¿Ha sido su paciente hospitalizado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De sí, indique nombre y dirección del hospital Desde _____ hasta _____			
<b>19</b> Restricciones (Qué su paciente <b>no</b> debería hacer)		<b>20</b> Limitaciones (Qué su paciente <b>no</b> puede hacer)	
<b>21</b> Impedimento mental (si aplica) Provea los diagnósticos/5 AXIS I IV II V III			
<b>22</b> De ser una condición cardíaca; ¿cuál es la capacidad funcional? (Asociación Americana del Corazón)		<input type="checkbox"/> Clase 1 - No Limitaciones	<input type="checkbox"/> Clase 3 – Limitaciones marcadas
		<input type="checkbox"/> Clase 2 – Limitación leve	<input type="checkbox"/> Clase 4 – Limitaciones Completas
<b>23</b> ¿Su paciente ha alcanzado el máximo de mejoría médica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		De no, ¿cuándo usted esperaría un cambio fundamental? <input type="checkbox"/> 1-2 semanas <input type="checkbox"/> 3-4 semanas <input type="checkbox"/> 5-6 semanas <input type="checkbox"/> Mas de 6 semanas	
<b>24</b> De poder el patrono acomodar las limitaciones y restricciones de su paciente; ¿está su paciente apto para regresar a trabajar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		De sí, ¿en qué fecha podría comenzar el empleo?	
<b>25</b> Nombre del médico (En letra de molde)			Grado
Especialidad		Número Tel.	Núm. Fax.
Dirección	Ciudad	Estado	Zip
Firma (No Sello) <b>X</b>	Núm. Id Tax	Fecha	