

Informe del Reclamante

Sección 1: A ser completado por el empleado (en letra de molde)

Si el informe de reclamación no está completado en su totalidad, la determinación de los beneficios podría dilatarse hasta que toda la información solicitada haya sido recibida. Escriba "NA" en todas las secciones que no apliquen.

1 Nombre del empleado:		2 Núm. Seguro Social:	
Dirección:		3 Núm. Tel.: ()	
Ciudad, Código Postal:		4 Fecha Nac.:	
5 Estatura:	6 Peso:	7 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	8 Nombre del patrono:
11 Fecha del primer día de síntomas		12 Último día trabajado	13 Usted no puede trabajar debido a: (marque una) <input type="checkbox"/> Lesión <input type="checkbox"/> enfermedad
16 Describa en detalles, cuándo, dónde y cómo ocurrió el accidente, o la naturaleza de su enfermedad y los primeros síntomas			

19 ¿Cuándo fue la primera vez que fue tratado por su accidente o enfermedad?		
Hospital	Dirección	Fecha(s)
Doctor	Dirección	Fecha(s)
20 ¿Ha sido tratado por la misma condición o alguna similar en el pasado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De sí, incluya nombre y dirección del Hospital/médico que le atendió:		
Hospital	Dirección	Fecha(s)
Doctor	Dirección	Fecha(s)
Nombre(s) de la compañía aseguradora		Dirección

La información provista arriba es cierta y completa en lo mejor de mi conocimiento y creencia. (Su firma es requerida para considerar beneficios.)

Firma **X**

Fecha

Sección 2: A ser completado por el patrono (en letra de molde)

Si el informe de reclamación no está completo en su totalidad, la determinación de los beneficios podría dilatarse hasta que toda la información solicitada haya sido recibida. Escriba "NA" en todas las secciones que no apliquen.

1 Nombre del empleado		2 Número del seguro social:	
Dirección: Calle/Box/Apto.		3 Fecha de nacimiento	
Ciudad, Estado, Código postal		4 Último día trabajado:	
5 Fecha de reclutamiento:	6 Fecha efectividad al Seguro de Vida:	7 Ocupación:	
8 Núm. Póliza Grupal:	9 Cantidad del Seguro de Vida:	10 Clasificación:	
11 Razón por la cual el empleado dejó de trabajar:			
12 Espera usted que su empleado regrese a trabajar? /_/ Sí /_/ No			
13 Salario Previo al ultimo día trabajado			
14 Nombre/dirección del proveedor de servicios médicos del empleado o HMO (provea Núm. de póliza o núm. de ID)			
15 Nombre del patrono		Núm. Tel. ()	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Firma del representante			

Sección 3: A ser completado por el médico tratante

Nombre del paciente		Fecha de nacimiento	Número seguro social:
Estatura	Peso	Presión arterial (ultima visita)	
1 El paciente no está/estuvo apto para trabajar debido a: (marque uno) <input type="checkbox"/> Lesión <input type="checkbox"/> Enfermedad			
2 Diagnóstico (incluya complicaciones y el ICD 9)			
3 ¿Cuándo los síntomas aparecieron por primera vez o cuándo ocurrió el accidente?		4 Fecha en que le avisó a su paciente a dejar de trabajar	
6 ¿Ha tenido su paciente la misma condición o similar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De sí, indique cuándo y describa			
7 Fecha de la primera visita		8 Fecha de la última visita	9 Frecuencia de las visitas
10 Resultados Objetivos (Rayos-X, EKG's, resultados de laboratorio y resultados clínicos)		11 Síntomas Subjetivos	
12 Naturaleza del Tratamiento (cirugía, medicamentos, etc.) Provea dosis de medicamentos y su frecuencia			
13 Nombre y dirección de otros médicos que traten a su paciente:			
14 ¿Ha sido su paciente hospitalizado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De sí, indique nombre y dirección del hospital Desde _____ hasta _____			
15 Progreso a. El paciente (elija una): <input type="checkbox"/> Está recuperado <input type="checkbox"/> Mejoró <input type="checkbox"/> No ha cambiado <input type="checkbox"/> Empeoró b. Es paciente (elija una): <input type="checkbox"/> Ambulatorio <input type="checkbox"/> Postrado en cama <input type="checkbox"/> Confinado en el hogar		16 Pronóstico (Por favor, sea específico)	
17 Observaciones:			
18 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 2 – Limitación leve	<input type="checkbox"/> Clase 3 – Limitaciones marcadas <input type="checkbox"/> Clase 4 – Limitaciones Completas
19 ¿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	
20			
21 Nombre del médico (En letra de molde)			Especialidad
Número de licencia:		Número Tel.	Núm. Fax.
Dirección	Ciudad	Estado	Zona Postal
Firma (No Sello) X	Núm. Id Tax	Fecha	