

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 |