

# CUESTIONARIO AL EMPLEADO

Debe ser llenado por el empleado lesionado y debe ser entregado a MCIM

## INFORMACIÓN DEL LESIONADO

Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Apellido de soltera y / o cualquier otro apellidos anteriores: \_\_\_\_\_

Dirección: (Si utiliza un apartado de correos, por favor proporcione tanto a la calle y direcciones de PO Box)

Calle / PO Box: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha solicitado o está recibiendo actualmente Incapacidad del Seguro Social, Medicare o Medicaid?: Sí o No Por favor, también complete las siguientes preguntas y especificar qué tipo (s) de beneficio (s) aplicables:

En caso afirmativo, ¿cuándo se aplica?: \_\_\_\_\_ Aprobada, denegada o apelado?: \_\_\_\_\_

Si es aprobada, ¿cuándo comienzan sus beneficios? \_\_\_\_\_ ¿Cuál es su cuota mensual? \_\_\_\_\_

Ha vivido en otros estados? Sí o No En caso afirmativo, indique los nombres de los estados: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: Casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Trabajar: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Étnico: \_\_\_\_\_ Color de Cabello: \_\_\_\_\_

Ciudadano de EE.UU.?: Sí o No Si no, país nacido en: \_\_\_\_\_ Greencard #: \_\_\_\_\_

Circle one: Macho / Femenino Circle one: Casado / Solo / Divorciado

Nombre completo del cónyuge: \_\_\_\_\_

Número de licencia de conducir: \_\_\_\_\_

Tipo de vehículos actualmente propiedad: \_\_\_\_\_

Los vehículos de recreo propiedad: \_\_\_\_\_

Nombres y fecha (s) de nacimiento de los dependientes: \_\_\_\_\_

¿Paga manutención de los hijos? Sí o No Nombre de la Child Support Agency: \_\_\_\_\_

Estado (s) en que el apoyo se paga: \_\_\_\_\_ Cantidad y frecuencia de pago: \_\_\_\_\_

Hobbies / Deportes / actividades dentro de los últimos 5 años: \_\_\_\_\_

Membresía de un Gimnasio: Sí o No En caso afirmativo, indique el nombre / dirección de la gimnasia: \_\_\_\_\_

Graduado de escuela secundaria? Sí o No Si no, tienen un GED o su equivalente?: Sí o No

Universidad o escuela técnica (s) asistieron?: \_\_\_\_\_ ¿Cuándo? \_\_\_\_\_ ¿Te graduaste? Sí o No

Grados recibidos?: \_\_\_\_\_ ¿Ha estado en el ejército? Sí o No En caso afirmativo, qué rama?: \_\_\_\_\_

¿Cuándo? \_\_\_\_\_ ¿Dónde estabas estacionado?: \_\_\_\_\_

---

## CUESTIONARIO AL EMPLEADO (seguido)

¿Tiene un médico de familia? Sí o No En caso afirmativo, proporcione a su / su nombre, dirección y teléfono: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Si no, por favor anote cualquier clínicas / hospitales que ir si enfermas o que necesitan tratamiento: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Condición médica previa (s), junto con el nombre, dirección y número de teléfono para que los proveedores médicos para el estado (s):

\_\_\_\_\_

Condición pre-existente (s), junto con el nombre, dirección y número de teléfono para que los proveedores médicos para el estado (s):

\_\_\_\_\_

Haga una lista de los medicamentos que estaba tomando antes o en la fecha de la lesión, y proporciona a continuación, el nombre del médico (s) que le recetó el medicamento (s): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Tiene seguro médico? Sí o No Nombre de la compañía: \_\_\_\_\_ ¿Fuma? Sí o No

### INFORMACIÓN DE EMPLEO

Nombre del empleador actual: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Fecha de contratación: \_\_\_\_\_ Título del Trabajo \_\_\_\_\_ Tasa de pago: \_\_\_\_\_

Nombre del segundo empleador: \_\_\_\_\_

Fecha de contratación: \_\_\_\_\_ Título del Trabajo \_\_\_\_\_ Tasa de pago: \_\_\_\_\_

Programado # de horas por semana: \_\_\_\_\_ Hora de inicio: \_\_\_\_\_ Hora de finalización: \_\_\_\_\_

Proporcionar una lista de las fuentes de ingresos: \_\_\_\_\_

### TRABAJO PREVIO

Proporcionar una lista de empleadores anteriores durante los últimos 10 años. Incluya direcciones, número de teléfono, cargo (s), derechos laborales e información de salarios: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Haga una lista de las habilidades de trabajo aún no está lista: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### ACCIDENTE O ENFERMEDAD PROFESIONAL

Fecha de la Lesión: \_\_\_\_\_ Día de la Semana: \_\_\_\_\_ Tiempo Aproximado: \_\_\_\_\_

Ubicación - Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

---

## CUESTIONARIO AL EMPLEADO (seguido)

Miembro del cuerpo afectado (s) lesionado / Naturaleza de la lesión: \_\_\_\_\_

Descripción completa de cómo un accidente o enfermedad profesional se produjo. Use una hoja adicional si es necesario: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Se requiere equipo de protección personal? Sí o No    ¿Fue siempre?? Sí o No    Fue utilizado? Sí o No

Último día de trabajo: \_\_\_\_\_ Fecha de regreso al trabajo: \_\_\_\_\_

Regreso estimado a la fecha el trabajo: \_\_\_\_\_ ¿Se siguen su salario?: Sí o No

### NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES

Nombre y cargo de la persona accidente / incidente fue reportado a: \_\_\_\_\_

Fecha de Notificación: \_\_\_\_\_ Escrito de accidente / incidente completado: Sí o No

Nombre (s) / números de teléfono de los testigos de incidentes: \_\_\_\_\_

### TRATAMIENTO MÉDICO

Fecha de tratamiento inicial: \_\_\_\_\_ Nombre del hospital o clínica: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

¿Diagnóstico?: \_\_\_\_\_

¿Tomado en ambulancia?: Sí o No    En caso afirmativo, el nombre del servicio de ambulancias: \_\_\_\_\_

Indique el nombre, dirección y números de teléfono de todos los médicos, hospitales, clínicas, quiroprácticos, lugares terapia con quien usted ha recibido o va a recibir tratamiento para el accidente / incidente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Está usted todavía en la atención médica de este accidente / incidente? Sí o No

Fecha de la última visita: \_\_\_\_\_ Ubicación: \_\_\_\_\_

Diagnóstico actual: \_\_\_\_\_

Fecha de la próxima cita: \_\_\_\_\_ Ubicación: \_\_\_\_\_

¿Sabía usted obtenga recibos de estado de trabajo en cada una de sus citas? Sí o No    Si es así, se les dio a su empleador? Sí o No

### TRATAMIENTO PREVIO

Cualquier lesión previa y / o el tratamiento médico para la parte del cuerpo lesionada (s)? Sí o No    En caso afirmativo, por favor proporcione la siguiente:

Tipo de lesión (s): \_\_\_\_\_

---

**CUESTIONARIO AL EMPLEADO (seguido)**

Fecha (s) de la lesión (s): \_\_\_\_\_

Nombre / dirección / número de teléfono de todos los proveedores de servicios médicos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Sabía que se recupere por completo? Sí o No En caso negativo, indique los detalles: \_\_\_\_\_

**ANTES DE TRABAJAR LESIONES COMP**

Sírvase proporcionar una lista de lesiones de compensación de todo el trabajo previo para todos los empleadores. Incluya la siguiente información para cada lesión:

Fecha (s) de la lesión (s): \_\_\_\_\_

Descripción de cómo se produjo la lesión (s): \_\_\_\_\_

Tipo de tratamiento recibido, junto con el nombre, dirección y números de teléfono de todos los proveedores de servicios médicos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Estado de tratamiento actual: \_\_\_\_\_

Todas las restricciones permanentes dan? \_\_\_\_\_

Nombre del empleador en el momento de la lesión: \_\_\_\_\_

Nombre de la compañía de compensación del trabajador que manejaba la reclamación: \_\_\_\_\_

Fue reclamación aceptada o rechazada? \_\_\_\_\_

Comentarios adicionales: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

*Hacer una declaración falsa o fraudulenta con el fin de obtener o negar beneficios puede resultar en proseo criminal o civil, o ambas cosas, y la negación de los beneficios.*