

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.