

# INFORMACION DEL CLIENTE PARA COMPENSACION DE TRABAJADORES

El cuestionario ha sido diseñado para que mi oficina tenga la información necesaria para poder ver qué derechos le pretense a usted. Por favor de contestar todas las preguntas. Gracias.

Nombre Completo: \_\_\_\_\_ Nombre de su pareja: \_\_\_\_\_

Dirección de casa: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ SS#: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Empleador Presente: \_\_\_\_\_ Título del trabajo: \_\_\_\_\_

Usted tiene o ha tenido abogado? si no Quién? \_\_\_\_\_

Necesita un intérprete? si no Cual idioma? \_\_\_\_\_

Cómo escucho de nuestra oficina? \_\_\_\_\_

## LESION O ENFERMEDAD

**SI USTED TIENE MAS DE UNA LESION, POR FAVOR DE DAR TODA LA INFORMACION DE TODAS LA LESIONES QUE USTED HA TENIDO.**

Fecha de accidenté: \_\_\_\_\_ Lugar en donde sucedió: \_\_\_\_\_

Partes del cuerpo que fue lesionado: \_\_\_\_\_

Empleador en donde pasa la lesión: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_

Título del trabajo: \_\_\_\_\_ Fecha cuando empezó a trabajar? \_\_\_\_\_

Sueldo en el tiempo de la lesión: \_\_\_\_\_ (semanas o meses)

Su salud cuando empezó a trabajar con este empleador: \_\_\_\_\_

Has perdido trabajo por la lesión? si no De: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_ Estas trabajando? si no

Cómo sucedió la lesión? Sobre el tiempo? si no Detalles: \_\_\_\_\_

Fue su empleador, otro trabajador o alguna otra persona que causo su lesión? si no Quién? \_\_\_\_\_

Has hecho una declaración o entrevista con la compañía de la seguridad o con un investigador? si no

## INFORMACION DE LA SEGURANZA

Nombre de la seguridad: \_\_\_\_\_ Numero de reclamo: \_\_\_\_\_

Ajustador: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

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

## INFORMACION MÉDICA

Si es aplicable, por favor de anotar los nombres y direcciones de sus doctores:

Doctor primario \_\_\_\_\_

Cirujano: \_\_\_\_\_

Nombres de otros doctores que usted ha visto: \_\_\_\_\_

Nombres de medicamentos que usted está tomando: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Medical paga por su tratamiento? si no Medicare paga por su tratamiento? si no

Seguranza privada paga por su tratamiento? si no

Has tenido cirugía sobre su lesión? si no Vas a necesitar cirugía? si no

Cuando? \_\_\_\_\_ Qué Tipo de cirugía? \_\_\_\_\_

Síntomas:

\_\_\_\_\_

---

## MÉDICA

Usted ha tenido alguna problema con la misma parte del cuerpo que se lesión? si no

Usted ha tenido alguno otras lesiones? si no

Usted ha tenido otro reclamo abierto, por ejemplo un accidenté del vehículo? si no

Usted tuvo algún problema médica o físico durante el tiempo de la lesión? si no

Si usted respondió que si, por favor de explicar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Usted estas tomando medicamento por su lesión o por otra razón? si no

Por favor de decir por cual razón estas tomando esa medicina:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## INFORMACION SOBRE SUS BENEFICIOS

Desde la fecha de la lesión, usted ha tratado de recibir por?

Beneficios por incapacidad temporal:	aplico	recibió		
Beneficios del Seguro Estatal de Incapacidad:	aplico	recibió		
Beneficios por incapacidad permanente:	aplico	recibió	PERS Jubilación:	aplico recibió
Seguro Social:	aplico	recibió	Pensión/Jubilación:	aplico recibió
Beneficio del desempleo:	aplico	recibió	Beneficio del veterano:	aplico recibió

Si dijo que si, cuando fue la cantidad por semana: \$ \_\_\_\_\_ Fecha del ultimo cheque: \_\_\_\_\_

Todavía estas recibiendo?      si      no