

CUESTIONARIO AL EMPLEADO

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

INFORMACIÓN DEL LESIONADO

Nombre: _____ Número de Reclamo: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Número de Seguro Social: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Circule uno: Varón / Hembra Circule uno: Casado / Soltero / Divorciado

Número de Licencia de Conducir: _____

Nombre de esposo (a): _____

Nombre y fecha (o fechas) del nacimiento de cualquier dependiente (s): _____

LESION POR ACCIDENTE EN EL TRABAJO Y TRATAMIENTO MÉDICO

Fecha de lesión: _____ Día de la semana: _____ Hora: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Ultimo día que trabajó: _____ Volver a trabajar fecha: _____ o estima volver a trabajar fecha: _____

Naturaleza de la lesión en el trabajo y/o diagnóstico de la lesión: _____

Fecha y lugar del primer tratamiento: _____

Enumere el nombre, la dirección y los números de teléfono de todos los doctores quienes le han tratado para este accidente.

Dé por favor la descripción completa de cómo ocurrió el accidente o la enfermedad profesional. Utilice un pedazo adicional de papel en caso que lo necesite.

¿Used está recibiendo las pagas por invalidez de la Seguridad Social (SSDB)? De ser así indique por favor la cantidad del beneficio mensual y la fecha que usted comenzó a recibir SSDB. Beneficio Mensual: \$ _____

Fecha que usted comenzó a recibir el beneficio: _____

¿Usted ha solicitado las pagas por invalidez de la Seguridad Social? De ser así, indique por favor la fecha que aplicó: _____

INFORMACIÓN DE EMPLEO

Nombre del patrón actual: _____ Supervisor: _____ Primer día de trabajo: _____

Dirección: _____

Índice de la paga: \$ _____ ¿Usted tiene seguro médico? _____ ¿Sus salarios continuaron? _____

Nombre del segundo patrón: _____ Ingresos adicionales: _____

Por favor, dar una lista de los empleadores pasado, direcciones, números de teléfono, funciones de puestos de trabajo y salariales de información: _____

Observá por favor el cuestionario continúa en el otro lado de esta forma



CUESTIONARIO AL EMPLEADO (cont.)

INFORMACIÓN DE EMPLEO CONTINUACIÓN

Por favor cualquier otra lista de habilidades de trabajo (i.e. habilidades de computación, etc) que no están enumeradas (ver pregunta anterior)

Por favor, cualquier lista de trabajos voluntarios o pasatiempos que usted hace o lo han hecho en el pasado:

NOTIFICACIÓN DEL INCIDENTE

Nombre y título de la persona que usted informó del accidente a: _____ Fecha de informe: _____

Nombre(s) de testigo(s) del accidente: _____

¿Dónde y cómo podemos comunicarnos con ellos? _____

¿Esta usted bajo asistencia médica por este incidente? Sí / No

En caso afirmativo, cuándo, dónde y con quién es su próxima cita? _____

Si no, cuándo, dónde y con quién fue su última cita? _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

¿Obtuvo usted alguna nota de su condición de trabajo de su doctor y se lo dió a su patrón? Sí / No

Dar una lista de todas las anteriores lesiones, cirugías y enfermedades graves:

Comentarios adicionales:

Cualquier persona que, con conocimiento y con el intento a dañar, defraudar, o engañar a cualquier empleador o empleado, compañía de seguros, archiva una declaración de la reclamo que contiene cualquier información falsa o engañosa sea culpable de un crimen del tercer grado. Certifico o afirmo por este medio que el kilometraje antedicho fue incurrido en por mí cuanto sea necesario los costos que viajaban relacionados con esas visitas médicas de la facilidad conforme caso de la remuneración de mis trabajadores'.

Firma

Fecha

Enviar a MCIM Dept. Reclamos: PO Box 80740
Lansing, MI 48908-0740 (FAX: 517.886.3499)

