

Nombre (primer, apellido) _____

Fecha __/__/__

Compensación de Trabajadores

¿La visita de hoy, tiene que ver con una lesión relacionada con un accidente vehicular?

SI No

Si Ud. contestó "si" por favor pida el impreso de "NF-3"

¿La visita de hoy, tiene que ver con una lesión relacionada con el trabajo? Si No

****Si NO, por favor proceda a historial médico****

Fecha de lesión/accidente: __/__/__

Partes del cuerpo aprobadas/heridas: _____

Ud. ¿ha reportado el accidente a su empleador? Si No

Ud. ¿está trabajando actualmente? Si No

Información del Empleador: **basado en la fecha del accidente**

Título del trabajo: _____

Descripción del trabajo: _____

Nombre del empleador: _____

Dirección postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ -- _____

Numero de teléfono: _____ ext: _____ fax _____

Numero del caso WCB: _____

Número de reclamo/seguro del caso: _____

Seguridad del empleador: _____

Dirreccion postal: _____

Ciudad: _____ ext: _____ Fax: _____

Información del Ajustador :

Nombre (primer, apellido): _____

Número de teléfono: _____ ext: _____ Fax: _____