KAISER PERMANENTE®

Kaiser On-the-Job®

CUESTIONARIO PARA CONSULTA INDUSTRIAL INICIAL / INITIAL INDUSTRIAL VISIT QUESTIONNAIRE

Lo debe completar el trabajador lesionado en la visita inicial para una lesión o enfermedad industrial / To be completed by the injured worker at the initial visit for an industrial injury or illness

MR #:

Name:

LETRA DE MOLDE, POR FAVOR

IMPRINT AREA

SU INFORMACIÓN

APELLIDO	NOMBRE	SEXO ☐ H ☐ M	FECHA DE NACIMIENTO	NÚM. DE SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN DE CASA	CIUDAD	ESTADO, CP

TELÉFONO DE CASA	OTRO TELÉFONO	TELÉFONO DEL TRABAJO

TÍTULO DEL PUESTO O DESCRIBA EL TIPO DE TRABAJO QUE HACE	¿ES USTED ESTIVADOR? ☐ Sí ☐ No

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA	SUPERVISOR/CONTACTO	TELÉFONO DEL SUPERVISOR/CONTACTO

DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO, CP

ACERCA DE SU LESIÓN O ENFERMEDAD

¿DÓNDE ESTABA CUANDO SE LESIONÓ O ENFERMÓ? (UBICACIÓN, SI ES DIFERENTE A LA DIRECCIÓN DE SU EMPLEADOR)

FECHA EN LA QUE SE LESIONÓ O ENFERMÓ	HORA ☐ AM ☐ PM	FECHA MÁS RECIENTE EN QUE TRABAJÓ

¿HA REPORTADO ESTO EN EL TRABAJO? ☐ Sí ☐ No	TODOS LOS TRABAJADORES LESIONADOS TIENEN QUE LLENAR LA RECLAMACIÓN DEL EMPLEADO PARA RECIBIR BENEFICIOS DE COMPENSACIÓN PARA LOS TRABAJADORES (FORMULARIO DWC-1). ¿YA LLENÓ Y DEVOLVIÓ EL FORMULARIO A SU EMPLEADOR? ☐ Sí ☐ No

¿HA VISTO A UN MÉDICO DE KAISER POR ESTA LESIÓN O ENFERMEDAD? ☐ Sí ☐ No

¿HA VISTO A ALGÚN OTRO MÉDICO POR ESTA LESIÓN O ENFERMEDAD? ☐ Sí ☐ No SI CONTESTA SÍ, ¿DÓNDE?

¿CÓMO SE LESIONÓ O ENFERMÓ? DESCRIBA CÓMO SUCEDIÓ Y QUÉ PARTE(S) DEL CUERPO ESTÁ(N) AFECTADA(S)

Toda persona que, a sabiendas, haga u cause que se haga alguna declaración sustancial o representación sustancial falsa o fraudulenta para fines de obtener o denegar beneficios o pagos de compensación para los trabajadores, es culpable de un delito mayor.

FIRMA	FECHA DE LA FIRMA

SÓLO PARA USO DE LA OFICINA / FOR OFFICE USE ONLY: INSURANCE VERIFICATION