



* 1707 ATLANTIC AVENUE BLDG 1 STE 3 * MANASQUAN, NJ * 08736 * 732.714.1907 * FAX 732.714.1913 *

Por favor llene la siguiente información de la mejor manera posible con letra legible.

INFORMACIÓN PERSONAL.

Nombre: _____ # de Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Área postal: _____

Social Security #: ____ - ____ - ____ Fecha de nacimiento: __/__/__ Fecha de accidente: __/__/__

Altura: _____ Peso: _____ Edad: _____

Por favor explique como se accidentó :

INFORMACIÓN MÉDICA

¿Cuándo es su próxima cita con el Doctor que lo esta tratando? __/__/__

Por favor coloque los nombres de los doctores que ha visto y el tratamiento que ellos le han recetado.

Nombre del Doctor/Dirección/Práctica	Tratamientos/ Cirujías

Información de Trabajo

Título o posición: _____ Empleador: _____

Supervisor: _____ # Teléfono del trabajo. _____

¿Está usted actualmente empleado? Sí o No Si lo está, (marque un círculo en la parte de abajo)

- **Modificaron mi oficio a más liviano.** Por favor especifique alguna restricción en su trabajo.
 - _____
 - _____
- **Oficio completo**
- **No estoy trabajando, pero si estoy empleado**

Por favor llene la siguiente información de acuerdo a su oficio completo.

Nombre la lista de objetos más pesados que tiene que levantar sin la ayuda de una persona o aparato:

¿Cuánto pesa ese objeto(s) ? _____

¿Cuántas veces tiene que levantar esos objetos cada día? _____

Por favor llene las casillas de abajo de acuerdo con la actividad que requiere su oficio. Es de entender que no todos los oficios requieren la misma actividad cada día. Por favor coloque una "x" en el área que corresponde con la cantidad de tiempo que se realiza en un día.

Actividad	Ninguno	Ocasionalmente 1-33%	Frecuentemente 34-66%	Continuamente 67-100%
De pie				
Sentado				
Caminando				
Manejando				
Subiendo				
Balanceandose				
Inclinandose/ Encorbandose				
Arrodillandose				
Hagachandose				
Gateando				
Empujando/Halando				
Ponerse en cuclillas				
Alcanzando sobre el hombro				
Agarrando				

En la parte de atrás de la hoja, describa las responsabilidades en su trabajo.
Gracias por su tiempo y consideración. Estamos a su disposición.
Estoy afirmando que la información es correcta.

_____ / / _____
 Firma legal y autorizada del paciente Fecha
 Imprima el nombre si firma por el paciente Relación (pariente, representante legal)



* 1707 ATLANTIC AVENUE BLDG 1 STE 3 * MANASQUAN, NJ * 08736 * 732.714.1907 * FAX 732.714.1913 *

Autorización Para Intercambiar Información Médica

A quien pueda interesarle,

Estoy dando permiso para que los arreglos pertinentes se hagan con los hospitales o cualquier entidad que tenga exámenes, diagnósticos, historia médica, consultas y tratamientos de mi caso. Doy el consentimiento y requiero que el portador sea permitido interrogar y enviar correspondencia a mis empleadores concerniente al tiempo de mi empleo.

Estoy autorizando que cualquier fotocopia será equivalente a la original.

Firmado

___/___/___

(Firma)

(Fecha)

(Por favor escriba su nombre)

Dirección: _____

Ciudad: _____

Estado: _____

Área postal: _____