



HISTORIAL DE TRABAJO Y DE ENFERMEDAD OCUPACIONAL

Nombre	Número del reclamo
--------	--------------------

Historial de Enfermedad Ocupacional

¿Por cuál condición médica está presentando este reclamo?	¿Cuáles son sus síntomas?	¿Cuándo notó estos síntomas por primera vez?
¿Cuándo fue la primera vez que su doctor le informó que sus síntomas están relacionados con su trabajo?	¿Ha visitado a algún otro doctor por estos síntomas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	¿Se ha realizado exámenes médicos por estos síntomas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre del doctor que le informó que sus síntomas están relacionados con su trabajo: (use letra de imprenta)		
Dirección	Ciudad	Estado
		Código Postal
Por favor complete los formularios adjuntos para autorizarnos a obtener su historial médico.		Si no completa la autorización, puede causar demoras o hasta el rechazo de su reclamo.
¿ Completó y adjuntó el formulario de autorización?		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Qué tipo de trabajo realiza que usted cree que le causó sus síntomas?:	Fecha de comienzo en el primer empleo que cree que le causó los síntomas.	
¿Qué actividades realizaba en el trabajo que usted cree que le causaron sus síntomas? (Por favor marque todas las opciones pertinentes)		
<input type="checkbox"/> Agarrar o Apretar <input type="checkbox"/> Jalar <input type="checkbox"/> Estar arrodillado <input type="checkbox"/> Herramientas usadas _____ <input type="checkbox"/> Actividades intensas <input type="checkbox"/> Empujar <input type="checkbox"/> Extender la mano arriba de la cabeza <input type="checkbox"/> Retorcer con _____ <input type="checkbox"/> Funciones repetitivas (describa) _____ <input type="checkbox"/> Otra (describa) _____		

Historial de Trabajo

Por favor empiece con su trabajo más RECIENTE y continúe CON EL ANTERIOR hasta llegar a su primer trabajo. Incluya todos sus empleos actuales y anteriores.

Haga lo posible por poner las fechas exactas. Debe incluir cualquier interrupción en su historial de trabajo.

Nombre del negocio del empleador	Título del puesto	Fechas de empleo:	Desde (mes/año)	Hasta (mes/año)
Dirección del empleador	Número de teléfono del empleador			
Ciudad	Estado	Código Postal	¿Cuántas horas por semana estaba realizando la actividad que cree que le causó sus síntomas?	
			horas	
Describa las funciones, uso de herramientas o actividades repetitivas realizadas regularmente en el trabajo. Incluya cuánto tiempo por día realizaba cada actividad aproximadamente				
Indique cualquier interrupción en su historial laboral durante este trabajo o entre este trabajo y el siguiente.			Desde (mes/año)	Hasta (mes/año)
La razón de la interrupción:				

Nombre del negocio del empleador	Título del puesto	Fechas de empleo:	Desde (mes/año)	Hasta (mes/año)
Dirección del empleador	Número de teléfono del empleador			
Ciudad	Estado	Código Postal	¿Cuántas horas por semana estaba realizando la actividad que cree que le causó sus síntomas?	
			horas	
Describa las funciones, uso de herramientas o actividades repetitivas realizadas regularmente en el trabajo. Incluya cuánto tiempo por día realizaba cada actividad aproximadamente				
Indique cualquier interrupción en su historial laboral durante este trabajo o entre este trabajo y el siguiente.			Desde (mes/año)	Hasta (mes/año)
La razón de la interrupción:				

Página 1 de	(mes/día/año)	Certifico que a mi entender, la información es correcta y verdadera	
	Fecha:	Firma:	