

CUESTIONARIO DE COMPENSACION AL TRABAJADOR

FECHA: _____ TELEFONO: _____
CORREO ELECTRONICO _____
NOMBRE: _____
DIRECCION: _____ CIUDAD: _____ CODIGO: _____
SEGURO SOCIAL: _____ FECHA DENACIMIENTO: _____

TELEFONO EN TRABAJO: _____
NOMBRE DE LA COMPANIA AL TIEMPO DE SU ACCIDENTE: _____
DIRECCION: _____ CIUDAD: _____ ZP: _____
SU EMPLEO/ OFICIO: _____ FECHA DE LASTIMADURA: _____
DESCRIBA SUS OBLIGACIONES LABORALES: _____

NOMBRE DEL SEGURO DE COMPENSACION AL TRABAJADOR: _____
DIRECCION: _____ TELEFONO: _____
QUE PARTE DEL CUERPO SE LASTIMO: _____
HORA EN QUE SE LASTIMO: _____ COMO OCURRIO: _____

A QUIEN LE INFORMO DE SU LASTIMADURA: _____

NOMBRE DE LOS TESTIGOS: _____

FUE SU LASTIMADURA CAUSADA PORQUE SU LUGAR DE TRABAJO ERA PELIGROSO
SI ___ NO ___ QUE: _____

LE DIERON UN FORMULARIO DE RECLAMO? SI ___ NO ___ CUANDO _____

DEVOLVIO USTED EL FORMULARIO CON LA INFORMACION COMPLETA A LA COMPANIA:

SI ___ NO ___ SI ASI FUE, CUANDO?: _____

SUS INGRESOS AL TIEMPO DE SU LASTIMADURA: \$ _____

PRIMER DIA QUE PERDIO DE TRABAJAR: _____ FECHA DE REGRESO: _____

TODO EL TIEMPO QUE PERDIO DE TRABAJAR: _____ FECHA DE REGRESO: _____

TODO EL TIEMPO QUE NO TRABAJO: _____

LO DESPIDIERON O LO DESCANSARON: SI ___ NO ___ CUANDO: _____

QUE RAZONES LE DIERON? _____

TRATAMIENTO MEDICO RECIBIDO

DOCTOR: _____ DOCTOR: _____

DIRECCION: _____ DIRECCION: _____

TELEFONO: _____ TELEFONO: _____

QUIEN LOMANDO CON ESTOS MEDICOS? _____

EL ULTIMO DIA DE TRATAMIENTO: _____

CONTINÚA RECIBIENDO TRATAMIENTO: SI ___ NO ___

HA SIDO EXAMINADO POR UN DOCTOR QUE DE UNA LISTA QUE SE LE DIO DE PARTE DEL
ESTADO DE CALIFORNIA SI ___ NO ___ QUE DOCTOR: _____

DIRECCION: _____ CUANDO _____

ASEGURANZA

LA COMPANIA LE ENTREGO ALGUN DOCUMENTO PIDIENDOLE QUE USTED DESIGNARA UN
DOCTOR PARA TRATAMIENTO ANTES DE SU LASTIMADURA? SI ___ NO ___

LA COMPANIA OFRECE ASEGURANZA MEDICA? SI ___ NO ___

ES UN PLAN DE SERVICIO DE DINERO? SI _____ NO _____

LA COMPANIA PAGA 50% O MAS DE LA COBERTURA? SI _____ NO _____

CUAL ES LA FECHA DE RENOVACION DE SU CONTRATO DE LA ORGANIZACION DE SU ASEGURANZA MEDICA? _____

HA RECIBIDO ALGUNA CARTA DE LA COMPANIA O LA ASEGURANZA DEL TRABAJADOR TOCANTE ALGUN CAMBIO DE TRATAMIENTO MEDICO? SI _____ NO _____

BENEFICIOS RECIBIDOS DE COMPENSACION AL TRABAJADOR

CANTIDAD SEMANAL: \$ _____ CANTIDAD TOTAL RECIBIDA: \$ _____ FECHA DE PRIMER PAGO: _____ FECHA DEL ULTIMO PAGO: _____

HA HABIDO ALGUN TARDO IRRASONABLE EN RECIBIR CUALQUIERA DE LOS BENEFICIOS DE COMPENSACION AL TRABAJADOR? SI _____ NO _____ A SI FUE, CUAL? _____

HA RECIBIDO BENEFICIOS DE ESTADO DE CALIFORNIA? SI _____ NO _____

HA RECIBIDO BENEFICIOS DE DESEMPLEO? SI _____ NO _____

HA RECIBIDO ALGUN OTRO BENEFICIO? SI _____ NO _____

QUE TIPO: _____

LA COMPANIA HA PAGADO LAS CUENTAS DE LOS MEDICOS? SI _____ NO _____

TIENE MEDI-CAL? SI _____ NO _____

ALGUNA CUENTA FUE PAGADA POR SU ASEGURANZA PRIVADA? SI _____ NO _____

HA ESTADO ALGUNA VEZ INVOLUCRADO EN OTRO ACCIDENTE O SUFRIDO LASTIMADURA SIMILARES? SI _____ NO _____ CUANDO _____

TIPO DE LASTIMADURA: _____ BENEFICIOS RECIBIDOS _____

UNION

PERTENECE A UNA UNION? SI _____ NO _____

NOMBRE: _____ DIRECCION: _____

TELEFONO: _____ REPRESENTANTE DE UNION: _____

HISTORIA DE SUS EMPLEOS EN EL PASADO

INCLUYENDO SU EMPLEO PRESENTE

COMPANIA: _____ TITULO: _____

DIRECCION: _____ SUELDO: _____

TELEFONO: _____ FECHAS DE EMPLEO: _____

COMPANIA: _____ TITULO: _____

DIRECCION: _____ SUELDO: _____

TELEFONO: _____ FECHAS DE EMPLEO: _____

COMPANIA: _____ TITULO: _____

DIRECCION: _____ SUELDO: _____

TELEFONO: _____ FECHAS DE EMPLEO: _____

HA VISTO OTRO ABOGADO TOCANTE ESTE ASUNTO? SI _____ NO _____

NOMBRE Y DIRECCION: _____

QUIEN LO REFIRIO O COMOM FUE REFERIDO A ESTA OFICINA? _____

SOLAMENTE PARA EL USO DE LA OFICINA

____ Adverse Party files checked by (initial) _____

____ Open ____ CAO ____ Hold