

### HISTORIA DE ACCIDENTE DE TRABAJO

1. Nombre Del Empleador

2. Direccion Del Empeador

Cuidad

Estado

Codigo Postal

3. Clase De Negocio: (ejemplo; construccion, fabrica de comida, tienda de ropa)

4. Nombre Del Paciente

6. Sexo

7. Fecha De Nacimiento

8. Domicillio

Cuidad

Estado

Codigo Postal

9. Ocupacion al momento del accidente

10. Seguro Social

11. Numero De Telefono

12.Lugar Del Accidente (Domicillio)

Cuidad

Condado

13. Fecha Y Hora Del Accidente

14.Ultimo Dia Que Trabajo

15. Fecha y Hora de Primer Examen

16. Ha sido tratado en esta clinica?

17. Describa como paso el accidente.

18. Describa su dolor.

Toda aquella persona que con conocimiento haga o cause que se produzca declaracion o respresentacion de material falso o fraudulente con el fin de obtener beneficio o pagos de compensacion lesionados es culpable de un crimen mayor "felonia".

FIRMA: \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

OFFICE USE ONLY:-----

X-Ray Performed: Pending/None      Chemical Compound involved: YES/NO      First Aid: YES/NO

Findings Consistent with acct of injury: \_\_\_\_\_

Any current condition that will impede or delay recovery: YES/NO      Full Duty/Restrictions