

WORKER COMPENSATION INFORMATION

Información sobre la compensación del trabajador

PATIENT INFORMATION/ Información del paciente

Date _____ Home Phone _____
Fecha _____ Tel. Casa _____

Name _____ Soc. Sec # _____ Work Phone _____
Nombre _____ Seguro Social _____ Tel. Trabajo _____

Address _____ City _____ State _____ Zip _____ Sex M _____ F _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Sexo M _____ F _____

Age _____ Birthdate _____ Single _____ Married _____ Occupation _____ Number of years doing current job _____
Edad _____ Fecha de nacimiento _____ Soltero/a _____ Casado/a _____ Ocupación _____ Cuántos años tiene en este trabajo _____

In case of emergency who should be notified? _____ Relationship _____ Phone _____
En caso de emergencia a quien se le notificará? _____ Relación _____ Teléfono _____

INJURY INFORMATION/ Información sobre el lastimadura

Date of injury _____ Time of injury _____ Occupation when injured _____
Fecha del accidente/lastimadura _____ Tiempo del accidente/lastimadura _____ Ocupación cuando se accidento/lastimo _____

Activity being performed at the time of the injury _____ Was the injury witnessed by anyone? Yes _____ No _____
Actividad desempeñada en el tiempo del accidente/lastimadura _____ El accidente/lastimadura fue presenciado por alguien? Si _____ No _____

If yes, whom? _____ To whom was the injury reported? _____
Si es sí, por quien? _____ A quien fue reportado el accidente o lastimadura? _____

Date and time the injury was reported _____ Have you lost time from work due to this injury? Yes _____ No _____
Fecha y hora que fue reportado el accidente _____ Has perdido tiempo de tu trabajo como resultado del accidente? Si _____ No _____

If yes, which dates? _____ thru _____ Describe where and how the accident or cause of disability occurred?
Si es sí, que fechas? _____ Hasta _____ Describe la causa de como y donde ocurrió el accidente o la inhabilidad?

EMPLOYER INFORMATION/ Información del empleador

Employer's name _____ Phone _____
Nombre del empleador _____ Teléfono _____

Employer's address _____ City _____ State _____ Zip _____
Dirección del empleador _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Whom should be contacted regarding the injury _____ Phone _____
A quien se le debe notificar sobre este accidente _____ Teléfono _____

INSURANCE INFORMATION/ Información sobre la aseguranza

Worker's compensation insurance carrier _____ Phone _____
Aseguranza del portador para la compensación al trabajador _____ Teléfono _____

Address _____ City _____ State _____ Zip _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Claim # _____ Adjuster's name _____ Phone _____
Número de demanda _____ Nombre del agente _____ Teléfono _____

PAYMENT INFORMATION/ Información del pago

I clearly understand and agree that all services rendered to me are charged directly to me and that I am personally responsible for
Yo entiendo claramente y estoy de acuerdo que todos los servicios que se me hagan sean cobrados a mí; yo personalmente me hago responsable
payment. I also understand that if I suspend or terminate my care and treatment, any fees for professional services rendered me
por el pago. También entiendo que si paro o suspendo mi tratamiento y cuidado de los servicios profesionales hacia mi persona seran
will be immediately due and payable.
inmediatamente pagados.

Patient's Signature _____
Firma del paciente _____

Date _____
Fecha _____