



MEDICAL CARE: WORK-RELATED INJURY OR DISEASE
(CUIDADO MÉDICO RELACIONADO A HERIDAS O ENFERMEDADES EN EL TRABAJO)



Insured Person's Biodata (Información Biográfica del Asegurado)

Mr/Mrs/Miss (Sr/Sra/Srita)	First Name (Primer Nombre)	Middle Name (Segundo Nombre)	Surname (Apellido Paterno)	Social Security No. (No. de Tarjeta de SS)
Home Address (Domicilio)	Area/Postal Address (Área/Dirección Postal)		City/Town/Village (Ciudad/Pueblo/Aldea)	District (Distrito)
Type of Work (Profesión)	Sex (Sexo)	Date of Birth (Fecha de Nacimiento)	Nationality (Nacionalidad)	Contact Person & Relation (Nombre de Contacto y Relación a asegurado (a))
				Phone # & Address of Contact Person (Teléfono y Dirección de Contacto)
Bodily Location of Injury/Disease (Parte del cuerpo afectada por Accidente/Enfermedad)		Date of Injury/Disease Suspected (Fecha de Accidente O fecha en que la Enfermedad fue sospechada)	Time of Injury (Hora del Accidente)	Injury or Disease? (Acidente o Enfermedad?)
What caused Injury/Disease? (Causa del Accidente o de la Enfermedad)				

Signature of Insured Person:
(Firma de Asegurado(a))

Date:
(Fecha)

Information provided by Employer or Person Accompanying Employee
(Información proporcionada por el Empleador o Acompañante de Asegurado (a))

Date of Accident (Fecha del Accidente)	Cause of Accident (Causa del Accidente)
Location of Injury/Disease (Localización de la herida/enfermedad)	Nature of Injury/Disease (Naturaleza de la herida/enfermedad)
Visit Authorized By: (Visita Autorizada Por:)	Date Authorized (Fecha de Autorización)
Person Accompanying Insured Person - 1st Medical Care (Acompañante de asegurado (a) en su primera visita médica)	Printed Name & Signature (Nombre y Firma)

MEDICAL SECTION 1 (SECCIÓN MÉDICA 1)

Medical Provider's Name (Nombre de Proveedor(a) Médico(a))	Phone (Teléfono)	Provider Type/Specialization (Especialización/Tipo de Proveedor(a))
	Fax	Period/DATES of Incapacity (Período/FECHAS de Incapacidad)
Provider's Address (Dirección de Proveedor(a))	E-mail (Correo Electrónico)	Nature of Incapacity & Location (Naturaleza de Incapacidad y localización)

MEDICAL CARE DETAILS
(DETALLES DEL CUIDADO MÉDICO)

<p>1st Consultation, by Reimbursement only (Primera Consulta, solamente por reembolso)</p> <p>FOR COMPLETION (PARA LLENAR)</p> <p>By Doctor (Por Médico(a))</p> <p>By Diagnostic Center (Por Centro Diagnóstico)</p> <p>By Pharmacy (Por Farmacia)</p> <p>By Hospital (Por Hospital)</p>	Date of First Consultation (Fecha de la PRIMERA Consulta)
	Date of follow-up Consultation (Fecha de Siguiete Consulta)
	Medical Treatment (Tratamiento Médico)
Diagnostic Services (Servicios Diagnósticos)	
Medication/Prescription (Medicamento/Prescripción)	
Hospitalization (Hospitalización)	

COSTS (COSTOS)

1st Consultation (PRIMERA Consulta)	\$
Follow-up Consultation (Consulta Siguiete)	\$
Treatment (Tratamiento)	\$
Diagnostic Services (Servicios Diagnósticos)	\$
Medication (Medicamento(s))	\$
Hospitalization (Hospitalización)	\$

Other Medical Care, SPECIFY (otro Cuidado Médico, DETALLES)

Other Medical Care (Otro Cuidado Médico)	\$
TOTAL	\$

SERVICES REQUESTED FROM OTHER PROVIDERS (SERVICIOS REQUERIDOS DE OTROS PROVEEDORES)

Lab Tests (Pruebas de Laboratorio)
 Prescribed Medication (Medicamento Recetado)

Diagnostic Services (Servicios Diagnósticos)
 Referral to Specialist (Referencia a Especialista)

MEDICAL SECTION II (SECCIÓN MÉDICA II)

Medical History (Historia Médica)

Diagnosis & Code (Diagnosis y Código de Enfermedad)

Number of Medical Visits to Date
(No. de Visitas Médicas hasta la Fecha)

Was IP Hospitalized? (YES/NO)
(Asegurado(a) fue hospitalizado(a)? (SI/NO))

Number of days incapacitated
(Número de días de incapacidad)

Period(s) of Hospitalization
(Período(s) de Hospitalización)

Treatment (Tratamiento)

Prognosis (Pronóstico)

Follow-up Recommendations (Recomendaciones)

Permanent Disability? Yes/No
(Incapacidad Permanente?) Si/No

Comments (Observaciones)

Doctor's Signature: _____
(Firma del Médico)

Printed Name: _____
(Nombre completo del Médico)

Date: _____
(Fecha)

FOR OFFICIAL USE ONLY (PARA USO OFICIAL)			
Claim Number	Payer	Payee	Documents Submitted
Total Cost	Cheque #	Cheque Date	
Signature _____	Printed Name: _____	Date: _____	