

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

**Insured Person's Biodata (Informacion Biografica del Asegurado)**

<b>Mr/Mrs/Miss</b> (Sr/Sra/Srita)	<b>First Name</b> (Primer Nombre)	<b>Middle Name</b> (Segundo Nombre)	<b>Surname</b> (Apellido Paterno)	<b>Social Security No.</b> (No.de Tarjeta de SS)
<b>Home Address</b> (Domicilio)	<b>Area/Postal Address</b> (Area/Dirreccion Postal)	<b>City/Town/Village</b> (Ciudad/Pueblo/Aldea)	<b>District</b> (Distrito)	<b>Phone</b> (Telefono)
<b>Type Of Work</b> (Profesion)	<b>Sex</b> (Sexo)	<b>Date of Birth</b> (Fecha de Nacimiento)	<b>Nationality</b> (Nacionalidad)	<b>Contact Person &amp; Relation</b> (Nombre de Contacto y Relacion a asegurado(a))
				<b>Phone # &amp; Address of Contact Person</b> (Telefono y Dirreccion de Contacto)
<b>Bodily Location of Injury or Disease</b> (Parte del cuerpo afectada por Accidente/Enfermedad)	<b>Date of Injury/Disease Suspected</b> (Fecha de Accidente o fecha en que la Enfermedad fue sospecta)	<b>Time of Injury</b> (Hora del Accidente)	<b>Injury or Disease?</b> (Accidente o Enfermedad)	
<b>What caused Injury/Disease</b> (Causa del Accidente o de la Enfermedad)				
<b>Signature of Insured Person:</b> _____ <b>Date:</b> _____ (Firma de Asegurado(a)) Fecha				

**Information provided by Employer or Person Accompanying Employee**  
**(Informacion proporcionada por el Empleador o Acompante de Asegurado(a))**

<b>Date of Accident</b> (Fecha del Accidente)		<b>Cause of Accident</b> (Causa del Accidente)	
<b>Location of Injury/Disease</b> (Localizacion de la herida/enfermedad)		<b>Nature of Injury/Disease</b> (Naturaleza de la herida/enfermedad)	
<b>Visit Authorized By:</b> (Visita Autorizada Por:)		<b>Date Authorized</b> (Fecha de Autorizacion)	
<b>Person Accompanying Insured Person - 1st Medical Care</b> (Acompante de asegurado(a) en su primera visita medica)		<b>Printed Name &amp; Signature</b> (Nombre y Firma)	

**MEDICAL SECTION 1 (SECCION MEDICA 1)**

<b>Medical Provider's Name</b> (Nombre de Proveedor(a) Medico(a))	<b>Phone</b> (Telefono)	<b>Provider Type/Specialization</b> (Especializacion/Tipo de Proveedor(a))
<b>Providers Address</b> (Dirreccion de Proveedor(a))	<b>Fax</b>	<b>Period/ DATES of Incapacity</b> (Periodo/ FECHAS de Incapacidad)
<b>E-Mail</b> (Correo Electronico)		<b>Nature of Incapacity &amp; Location</b> (Naturaleza de Incapacidad y localizacion)

**MEDICAL CARE DETAILS  
(DETALLES DEL CUIDADO MEDICO)**

<b>1st Consultation, by Reimbursement only</b> (Primera Consulta, solamente por reembolso)	<b>Date of 1st Consultation</b> (Fecha de la PRIMERA Consulta)
<b>FOR COMPLETION (PARA LLENAR)</b>  <b>By Doctor (Por Medico(a))</b>  <b>By Diagnostic Center (Por Centro Diagnostico)</b>  <b>By Pharmacy (Por Farmacia)</b>  <b>By Hospital (Por Hospital)</b>	<b>Date of follow-up Consultation</b> (Fecha de Sigiente Consulta)
	<b>Medical Treatment</b> (Tratamiento Medico)
	<b>Diagnostic Services</b> (Servicios Diagnosticos)
	<b>Medication/Prescription</b> (Medicamento/Prescripcion)
	<b>Hospitalization</b> (Hospitalizacion)

**COSTS (COSTOS)**

<b>1st Consultation</b> (PRIMERA Consulta)	\$
<b>Follow-up Consultation</b> (Consulta Sigiente)	\$
<b>Treatment</b> (Tratamiento)	\$
<b>Diagnostic Services</b> (Servicios Diagnosticos)	\$
<b>Medication</b> Medicamento(s)	\$
<b>Hospitalization</b> (Hospitalizacion)	\$
<b>Othe Medical Care</b> (Otro Cuidado Medico)	\$
<b>TOTAL</b>	\$

Other Medical Care, SPECIFY (Otro Cuidado Medico, DETALLES)

---

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

- |  |                          |  |
|--|--------------------------|--|
| Lab Tests (Pruebas de Laboratorio)           | <input type="checkbox"/> | Diagnostic services (Servicios Diagnosticos)       |
| Prescribed Medication (Medicamento Recetado) | <input type="checkbox"/> | Referral to Specialist (Referencia a Especialista) |

**MEDICAL SECTION II (SECCION MEDICA II)**

**Medical History (Historia Medica)**

---



---

**Diagnosis & Code**  
(Diagnosis y Codigo de Enfermedad)

---



---

**Number of Medical Visits to Date**  
(No. de Visitas Medicas la Fecha)

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

**No. Of Days Incapacitated**  
(Numero de dias de incapacidad)

**Perid of Hospitalization**  
(Periodo(s) de Hospitalizacion)

**TREATMENT (Tratamiento)**

---



---

**PROGNOSIS (Pronostico)**

---

---

---

**Follow-up Recommendations (Recomendaciones)**

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

---

---

---

**COMMENTS (Observaciones)**

---

---

---

**Doctor's Signature:** \_\_\_\_\_ **Printed Name:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_  
(Firma del Medico) (Nombre completo del Medico) (Fecha)

FOR OFFICIAL US ONLY (PARA USO OFICIAL)			
Claim Number	Payer	Payee	Documents Submitted
Total Cost		Cheque #	Cheque Date

**Signature:** \_\_\_\_\_ **Printed Name:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_