

TODAY'S DATE
(FECHA DE HOY)

WORKERS' COMPENSATION QUESTIONNAIRE

OFFICE USE ONLY
[] EAMS SEARCH

Date of Accident (*Fecha de Accidente*)

Social Security (*Seguro Social*)

Date of Birth (*Fecha de Nacimiento*)

Name (*Nombre*)

Telephone (*Teléfono*) #

Address (*Domicilio*)

Cell (*Cellular*) #

City (*Ciudad*) State (*Estado*) Zip Code (*Código Postal*)

Do you need an interpreter? (*Necesita un interprete?*)

Yes (Si) [] No [] Español []

Email (*Correo Electrónico*)

Other preferred Language

Are you (*Es usted*):

Citizen [] Legal Resident [] Not a Legal/Resident Citizen []
(*Ciudadano*) (*Residente Legal*) (*No soy Residente/Ciudadano Legal*)

Contact Information:

In the event we are unable to contact you, please provide the information of a personal contact.

(*En caso de que no podemos comunicarnos con usted, por favor anote la información de un contacto personal.*)

Name: _____ Telephone: _____
Relationship (*Relacion*)

Address (*Dirección*)

City (*Ciudad*) State(Estado) Zip Code (*Código Postal*)

Who referred/recommended you to our office? _____
(*Quien le referrio/recomendó a nuestra oficina*)

Name of attorney to whom you were recommended: _____
(*Nombre del abogado que le recomendaron*)

EMPLOYER (EMPLEADOR):

Employer (*Empleador*)

Telephone (*Teléfono*) #

Address (*Domicilio*)

City(Ciudad)

State(Estado) Zip Code (*Código Postal*)

Date Hired (*Fecha que empezó a trabajar*)

Occupation (*Ocupación*)

Last Day of work (*Ultimo Dia de Trabajo*)

[] Still Employed
(*Todavía Empleado*)

Salary \$
(*Salario*)

[] Per hour
(*Por Hora*)

[] Week
(*Semana*)

[] Monthly
(*Mes*)

Hours worked weekly
(*Cuántas horas trabajas*)

Overtime
Yes(Si)/No

Did you receive overtime pay? (*Le pagan tiempo y medio por trabajar overtime?*) Yes (Si) [] No []

Briefly describe your work duties (*explique brevemente su ocupación*)

Were you fired or laid off due to your work injury(ies)? (*Fue despedido o descansado por el accidente?*) Yes (Si) [] No []

If yes, please explain (*Si responde si, por favor explique*) _____

Do you get an annual raise in pay? (*Recibe aumentos automáticamente?*) Yes (Si) [] No []

If yes, please explain (*Si responde si, por favor explique*) _____

Do you belong to a Union? (*Pertenece a una union sindicato?*) Yes (Si) [] No []

Name of Union (*Nombre de union sindicato*) _____

Please list ALL Dates of Injuries and injured body parts or illnesses:

(*Por favor lista todas las Fechas de Accidentes y lista partes del cuerpo lesionada o enfermedades*)

1. _____

Date of Accident (*Fecha de Accidente*)

List of injured body parts or illnesses (*Lista de partes del cuerpo lesionada o enfermedades*)

2. _____

Date of Accident (*Fecha de Accidente*)

List of injured body parts or illnesses (*Lista de partes del cuerpo lesionada o enfermedades*)

3. _____

Date of Accident (*Fecha de Accidente*)

List of injured body parts or illnesses (*Lista de partes del cuerpo lesionada o enfermedades*)

OFFICE USE ONLY

[] RUSH [] OPEN FILE [] UEBTF [] SUB-IN [] HOLD _____ Days

[] PENDING [] SEND NI LTR [] SEND NE LTR

MEDICAL INFORMATION:
(INFORMACION MEDICA)

MEDICAL TREATMENT FOR INJURY/ILLNESS
(TRATAMIENTO MEDICO PARA LESIONES/ENFERMEDAD)

Are you presently seeing a doctor referred by employer or insurance company? Yes (Si) No
(Estas actualmente viendo un doctor referido por su empleador o el seguro del empleador?)

Medical Provider (*Nombre de Doctor*)

Telephone (*Teléfono*)

Address (*Dirección*)

City (*Ciudad*)

State (*Estado*) Zip Code (*Código Postal*)

Date last seen
(Última Fecha de su cita)

Type of treatment
(Tipo de tratamiento)

Who paid or is paying for treatment? (Quien a pagado o quien paga por tratamiento?)

Self (*Yo mismo*)

Employer/Insurance Company (*Empleador/Seguro de Empleador*)

PLEASE LIST ALL OTHER MEDICAL PROVIDERS THAT ARE RELATED TO THIS CASE:
(POR FAVOR LISTA OTROS MÉDICOS QUE ESTA RELAZIONADO HA ESTE CASO)

DOCTOR OR HOSPITAL

ADDRESS (*DIRECCION*)

CITY (*CIUDAD*)

STATE (*ESTADO*) ZIP CODE (*CODIGO POSTAL*)

DOCTOR OR HOSPITAL

ADDRESS (*DIRECCION*)

CITY (*CIUDAD*)

STATE (*ESTADO*) ZIP CODE (*CODIGO POSTAL*)

DOCTOR OR HOSPITAL

ADDRESS (*DIRECCION*)

CITY (*CIUDAD*)

STATE (*ESTADO*) ZIP CODE (*CODIGO POSTAL*)

DOCTOR OR HOSPITAL

ADDRESS (*DIRECCION*)

CITY (*CIUDAD*)

STATE (*ESTADO*) ZIP CODE (*CODIGO POSTAL*)

**IMPORTANT QUESTIONS REGARDING YOUR INJURY
(PREGUNTAS IMPORTANTES EN ACERCA DE SU LESION)**

APPLICANT (SOLICITANTE) : _____

As a consequence of your injury, have you experienced:
(Como consecuencia de su lastimadura/Lesion, ha experimentado:)

PLEASE MARK ALL THAT APPLY
(POR FAVOR MARQUE TODO LO QUE SE APLICA)

- Difficulty sleeping at night (*Dificultad para dormir por la noche*)
- Anxiety, Depression or Stress (*Ansiedad, Depresión o Tensión Nerviosa*)
- Headaches (*Dolores de cabeza*)
- Dizziness (*Mareo*)
- Have you had pain for more than 30 days (*Ha tenido dolor durante mas de 30 días*)
- Numbness & Tingling in any body part
(*Entumeciendo y hormigueo en alguna parte del cuerpo*)
List body parts (*Partes del cuerpo*) _____
- If you have an orthopedic injury, do you walk differently or with problems
(*Si usted tiene una lesión ortopédica, usted camina de forma diferente o con problemas*)
- Weight Gain or Weight Loss (*Aumento de peso o perdida de peso*)
- Problems urinating or loss of bladder control
(*Problemas para orinar o perdida de control de la vejiga*)
- Problems defecating (*Problemas para defecar*)
- Problems with sexual function since the injury
(*Problemas con función sexual desde que lastimo*)
- Scarring of skin from the injury (*Cicatriz en la pile a causa de su herida*)
- Onset or worsening of hypertension/Blood pressure
(*Inicio o empeoramiento de hipertensión/presión alta*)
- Onset or worsening of diabetes (*Inicio o empeoramiento de diabetes*)

Dental or Jaw problems (*Problemas Dentales o de Mandíbula*)

Please Mark ALL that apply:

(*Por favor marque todo lo que se aplica*)

Jaw pain or problems (*Dolor de Mandíbula o Problemas*)

Grinding of teeth from pain (*Rechina los dientes por el dolor*)

Dry Mouth from medications (*Boca seca causa de medicamentos*)

If you are taking medications for your injury, have you experienced:

(*Si usted toma medicaciones para su herida, usted ha experimentado*)

Loss of concentration and/or memory loss, Cognitive Impairment

(*Perdida de concentración y/o amnesia, Dano Cognoscitivo*)

Upset stomach or acid reflux from medications

(*Estomago trastornado o reflujo y acidez por las medicinas*)

Aggravation of any other disease?

(*Empeoramiento de laguna otra enfermedad?*)

Injured Worker testifies under penalty of perjury that these statements are true and correct.

(*El Trabajador lastimado declara bajo pena de perjurio estas declaraciones son verdaderas y correctas.*)

X

Applicant's Signature (*Firma de Reclamante*)

Date (*Fecha*)

Directions: Please mark the area/areas where you feel discomfort, using the following symbols.

Instrucciones: Marque el área o áreas en las que se siente incómodo usando los siguientes símbolos.

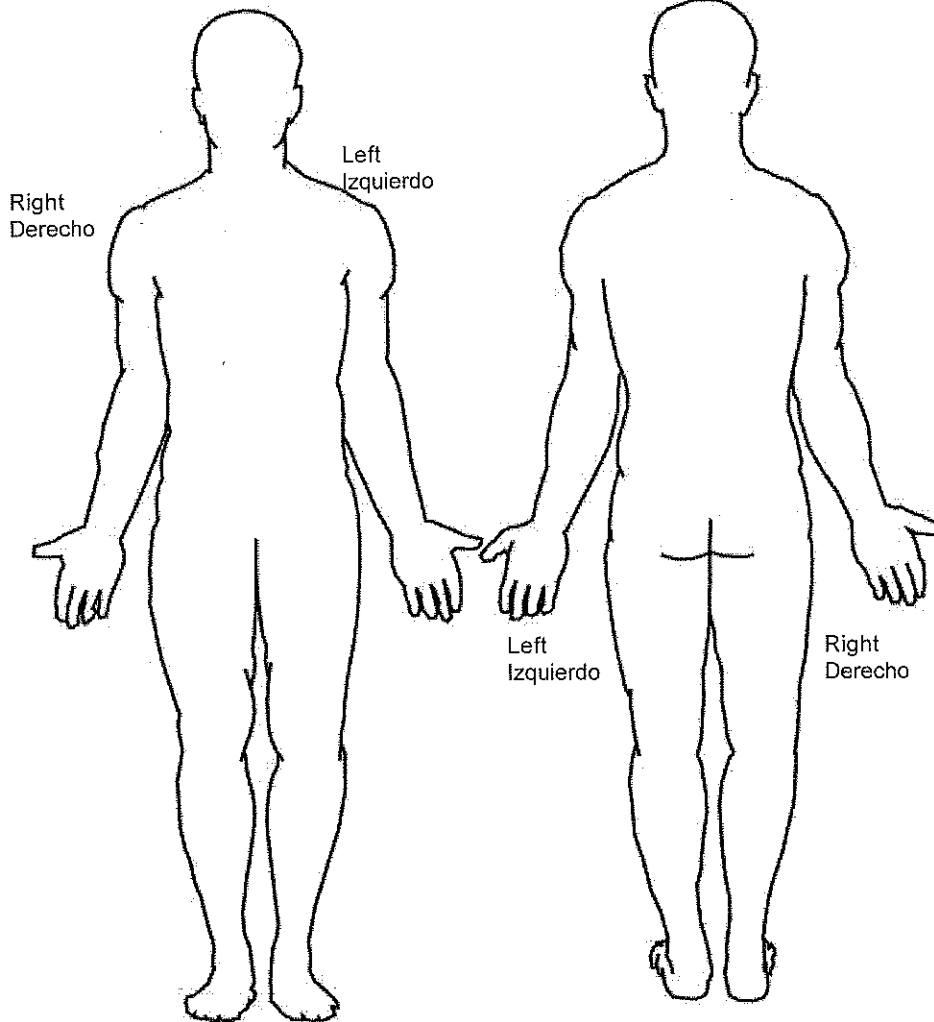
* PAIN/DOLOR

O NUMBNESS/ ADORMECIDO

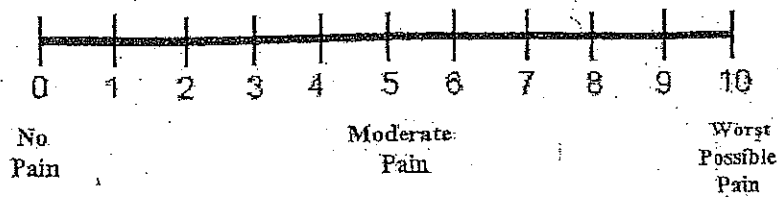
+ TINGLING /HORMIGUEO

Front/Frente

Back/Espalda



0 – 10 Numeric Pain Rating Scale



Signature/Firma: X Date: _____